G. S. T. S.

R53546

LES

MALADIES DE L'ESPRIT

PRINCIPAUX OUVRAGES DE M. LE Dr PICHON

Concernant les Maladies nerveuses et mentales

De l'**Épilepsie**, dans ses rapports avec les fonctions visuelles, in-8° de 250 pages. Ollier Henry. Thèse de Paris 1885, couronnée par la Faculté de médecine. *(Médaille d'argent,* prix des Thèses.)

De la **Morphinomanie** et de son **Traitement**, 32 pages. J.-B. Baillère, et *in* Encéphale, juillet 1886.

Contribution à l'étude des **Traumatismes cérébraux**, en collaboration avec le docteur Malfilâtre. J.-B. Baillère, et *in* Encéphale, 1887.

Etude sur les persécutés raisonnants ou **Persécutés persécuteurs**. Rougier. *In* Annales médico-psychologiques 1887.

Délires multiples, étude sur les coexistences de plusieurs délires d'origine différente chez le même individu. Mémoire couronné par la Société médico-psychologique de Paris. *(Prix Esquirol,* 1887.) La *première* partie a paru dans les trois numéros de l'Encéphale de mai, juillet et septembre 1887.

Les troubles de la **Vision** dans l'**Hystérie** et dans quelques formes mentales. Leçon faite dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, à l'asile Sainte-Anne, 30 pages. J.-B. Baillère, et *in* Encéphale, mars 1888.

EN PRÉPARATION

Le Morphinisme, ouvrage de 600 pages environ. Études cliniques, médico-légales, étiologiques, déontologiques, statistiques, démographiques et thérapeutiques sur le vice morphinique. Ouvrage présenté au concours de la *Médaille d'or.* (Bourse de voyage des Asiles d'aliénés et des quartiers d'hospice de Paris, 1886.)

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

8. 58.

LES

MALADIES DE L'ESPRIT

DÉLIRES DES PERSÉCUTIONS
DÉLIRE DES GRANDEURS. — PARALYSIE GÉNÉRALE
ÉPILEPSIE. — DÉGÉNÉRESCENCE, ETC., ETC.

DÉLIRES ALCOOLIQUE ET TOXIQUE : MORPHINOMANIE
ÉTHÉROMANIE
ABSINTHISME. — CHLORALISME, ETC., ETC.

ÉTUDES CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

PAR

LE Dr G. PICHON

Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin Adjoint de l'hospice Ste-Anne
Médaille d'or des Asiles de la Seine et des quartiers d'hospice
Etc., etc.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH LIBRARY

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1888

Tous droits réservés.

A

M. le Professeur B. BALL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

Permettez-moi, mon cher Maître, de vous dédier ce livre sur les Maladies de l'Esprit, *vous qui m'avez initié aux études si attachantes de la Psychologie morbide.*

Georges PICHON.

PRÉFACE

Depuis un demi-siècle, les études médico-psychologiques ont réalisé des progrès incontestables, et l'on peut dire que ces progrès ont facilité pour une large part l'évolution de la philosophie contemporaine. Aucun de ceux qui aujourd'hui se piquent de philosophie ne néglige l'étude de la médecine mentale et même beaucoup d'entre eux viennent fréquenter nos asiles, pour y étudier sur le vif les déviations de l'esprit et du sens moral. Leur étude n'est pas encore suffisamment avancée pour édifier une philosophie complète ; mais elle force ceux qui l'entreprennent à réfléchir sur les problèmes psychologiques et surtout sur certaines questions qui, comme celle de la responsabilité, ont une portée pratique et immédiate. Chaque année voit s'élargir le cercle de nos connaissances, et le livre publié aujour-

d'hui par le Dr Pichon, marque un nouveau progrès dans ces études.

Il ne suffit pas en effet de connaître les grandes lignes qu'ont tracées les maîtres et de savoir reconnaître des maladies aujourd'hui classiques, comme l'alcoolisme, l'épilepsie, le délire de persécutions, etc. Il faut entrer plus avant dans le cœur du sujet et savoir se reconnaître au milieu de l'infinie variété que présente l'esprit humain dans ses déviations. Certains malades en effet peuvent présenter plusieurs délires, et il était nécessaire d'étudier leurs rapports réciproques. Cette étude n'est pas seulement propre à la médecine mentale ; combien de fois en effet n'avons-nous pas à rechercher chez nos malades les rapports de deux diathèses, de la tuberculose et de l'arthritisme par exemple, pour ne citer qu'un des cas les plus fréquents ? Quand il s'agit de médecine générale, les coexistences ne manquent pas d'embarrasser le diagnostic ; elles influent aussi sur le pronostic que nous portons et sur le traitement que nous instituons. Nous rencontrerons donc les mêmes difficultés, mais singulièrement accrues, dans le domaine de la médecine mentale ; car il s'agit là de problèmes beaucoup plus complexes et plus délicats. On voit donc par là combien le travail du

Dr Pichon présente de côtés intéressants, et comme il ajoute un nouveau chapitre à la pathologie générale.

Les aliénistes savent l'intérêt et les difficultés qui s'attachent à l'étude des délires multiples et aucun d'eux ne saurait se désintéresser de cette question. Mais ce n'est pas seulement à eux que le livre du Dr Pichon s'adresse ; il s'adresse encore à l'homme du monde désireux de s'instruire et de s'intéresser aux problèmes si passionnants de la responsabilité. Enfin, et surtout, comme toute œuvre véritablement médicale et utile, il s'adresse à tous les médecins sans exception, hommes d'étude ou praticiens. Ce livre est en effet riche d'observations, de biographies de malades, pourrait-on dire, et cette nombreuse collection en rend la lecture attrayante et vivante. Quel praticien ne reconnaîtra plusieurs de ses malades admirablement étudiés et fouillés dans les études sur la morphinomanie, l'alcoolisme, l'éthéromanie, etc. ? Le Dr Pichon ne se contente pas d'étudier la symptomatologie de ces délires ; il en recherche les causes dans la constitution mentale du sujet; il nous montre que tous ces poisons agissent sur un terrain admirablement préparé à l'avance, et qu'à côté de l'agent toxique il faut aussi étudier l'intoxiqué, celui-ci étant

presque toujours à l'avance un déséquilibré. Aujourd'hui aucun médecin ne peut rester indifférent aux travaux qui paraissent sur les diverses intoxications. Ils ont pris en effet une importance que je pourrais qualifier de sociale; tant ces intoxications ont envahi les différentes classes de la société ! tant elles doivent peser, dans les discussions économiques ou médico-légales, sur les décisions de nos législateurs et de nos tribunaux. Je voudrais voir la médecine mentale ne pas rester le domaine exclusif des aliénistes et des philosophes. Je voudrais voir les praticiens s'intéresser à elle, car ils y trouveraient une distraction et une instruction salutaires. Qu'il nous soit permis de nous citer humblement comme exemple. Quand on s'est occupé d'aliénation mentale d'une manière exclusive pendant plusieurs années, quand on quitte à regret ces études captivantes pour se livrer à la pratique de la médecine, on s'aperçoit alors de l'utilité pratique de ces études médico-psychologiques, d'ordinaire abandonnées aux spécialistes. On conçoit alors qu'elles devraient constituer le couronnement de toute éducation médicale; car elles nous permettent de mieux connaître le cœur humain et de mieux affronter les difficultés de la vie. Elles nous rendent indulgents pour les défauts

des autres ; elles nous montrent une loi là où nous ne verrions qu'excentricité et que caprice, et, dans toute action, elles nous permettent de trouver une explication, peut-être même et souvent une excuse.

DOCTEUR GILSON,

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital d'Angoulême.

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons en entreprenant ce travail est simplement d'esquisser, dans une revue rapide, les principales aberrations, les principales *maladies de l'esprit*, que l'on peut considérer, dans l'état actuel de nos connaissances en pathologie mentale, comme des *éléments délirants simples*.

En restreignant ainsi l'objet de nos études, nous réduisons de beaucoup les proportions de notre ouvrage, qui, sans cela, demanderait de bien plus grands développements, et viserait aux prétentions d'un véritable traité, ce qui eût été bien au-dessus de nos forces.

En nous plaçant à ce point de vue, nous procédons ainsi d'emblée par élimination et nous aplanissons singulièrement les difficultés de notre tâche, sans cependant, pour cela, nous faire d'illusions au sujet des obstacles que nous nous attendons à rencontrer sur notre chemin.

En nous bornant à étudier les éléments *simples*, autrement dit les éléments *dissociables* de la folie, ce qu'on est plus particulièrement convenu d'appeler en *clinique*, dans la pratique journalière des aliénés, les *délires*, nous négligeons tout un côté de la psychologie morbide, et non le moins vaste.

Ce n'est pas surtout le moins obscur, à une époque où les aliénistes les plus éminents sont en complet désaccord au point de vue des formes, au point de vue des affections mentales, à admettre ou à rejeter dans une étude complète et didactique de la psychiâtrie.

« Le premier essai du rhétoricien qui se lance dans la littérature, c'est de faire des vers, la première tentative de l'aliéniste a constamment été de faire une classification. »

Cette vérité, qu'un savant clinicien émettait sous cette forme spirituelle, n'est malheureusement que trop vraie.

En médecine mentale, les grandes lignes ne sont pas contestées, mais, en dehors de ces grands complexus morbides bien définis, à contours bien nets, et auxquels l'observation clinique donne droit de cité dans la science, tel que le délire des persécutions, la folie circulaire, etc., l'accord est loin d'être fait. Les es-

prits prévenus s'opposent seuls à admettre l'existence de ces affections bien déterminées, quand la passion ne vient pas se mettre de la partie pour refuser à des hommes éminents une propriété, aussi justifiée pour certains types vésaniques, que celle du mal de Bright ou celle de la Maladie de Duchène de Boulogne.

Mais, à part ces quelques rares aliénistes animés par l'esprit d'école, et qui, du reste, dans leur for intérieur, rompus qu'ils sont à l'examen des aliénés, ne peuvent se refuser à admettre ces grands types dont l'existence s'impose, l'accord est fait. Car comme le disait tout récemment encore M. le professeur Ball, dans une savante communication, pour mériter le nom d'inventeur dans les découvertes scientifiques, il n'est point nécessaire d'avoir embrassé d'un premier coup d'œil tous les éléments d'une question, il suffit d'avoir donné l'impulsion première, d'avoir lancé l'idée vraiment originale, dont les travaux ultérieurs ne sont que le développement.

Mais, à part de bien rares exceptions, les aliénistes admettent tous, les grandes vésanies dont le cadre, nettement défini, n'a jamais varié, dans le fond bien entendu, quel que soit le terrain, quelle que soit l'époque. Dans cet ordre d'idées, aucun aliéniste, actuellement, ne nie

l'existence de la Maladie de Lasègue, du délire paralytique, de la folie puerpérale, sans parler des folies acquises, comme les délires toxiques, l'alcoolisme, etc.

Il n'est pas possible de mettre en doute l'existence de types aussi nets. Les grandes déviations psychologiques, que l'étude de la folie permet de retrouver avec les mêmes caractères chez tant d'aliénés, doivent, en effet, porter une étiquette commune, puisqu'elles ont un cadre commun et bien délimité.

Seulement, à côté de ces formes précises admises par l'unanimité des auteurs, il existe un nombre beaucoup plus considérable d'états psychopathiques, dont l'existence, admise par les uns, rejetée par les autres, est une source constante de discussions stériles.

Dans cette classe doivent rentrer toutes ces psychoses mal déterminées, placées sur les frontières de la folie, et qui, pour ceux-ci, appartiennent au domaine de la pathologie cérébrale, tandis que, pour ceux-là, elles doivent en être exclues impitoyablement, sous peine de venir jeter la confusion dans les études médico-psychologiques.

C'est qu'en effet il y a là autre chose qu'un moyen d'études, autre chose qu'une simple vue de l'esprit et qu'une affaire de classification. Il y a, au fond de cette question des *frontières de la folie,* un point de doctrine pratique de la plus haute importance.

Dans cette classe d'individus, auxquels nous faisons allusion en ce moment, doivent être rangés, les anormaux, les déséquilibrés, les cérébraux, tous ces êtres, en un mot, que l'on a récemment, dans une tentative de synthèse, réunis sous l'épithète commune de *dégénérés.*

Dans cette classe doivent rentrer ces êtres impondérés, bizarres, qui n'ont pas de délire à proprement parler, qui ont même des facultés brillantes, mais qui, à côté de ces facultés heureuses, possèdent de véritables lacunes dans leur état mental. A côté de qualités intellectuelles, morales ou affectives, développées au suprême degré, ils présenteront des vices intellectuels, moraux ou affectifs, aussi développés, qui feront d'eux, pour se servir de l'énergique expression de Moreau de Tours[1], de véritables *fléaux* de famille. En dehors de cette déséquilibration des facultés mentales entre elles, ces im-

[1] *Psychologie morbide.*

pondérés présenteront, plus souvent encore, un manque d'équilibre, soit des facultés intellectuelles entre elles, soit des facultés morales et affectives. Et l'on assistera, alors au spectacle curieux d'un être inférieur à intelligence très bornée, d'un imbécile même, excellent calculateur, musicien émérite, peintre des plus habiles : c'est dans cet ordre d'idées qu'on aura l'idiot danseur, l'idiot musicien, etc.

C'est là un fait signalé depuis longtemps par les auteurs et surtout par Morel, et parfaitement conforme à l'observation clinique. Pour notre part, nous possédons dans notre service, à l'asile Sainte-Anne, une jeune imbécile, incapable de compter jusqu'à dix et dont l'intelligence reste fermée aux notions les plus élémentaires, et qui, néanmoins, retient à la première audition n'importe quel morceau de musique, et le répète quand on le lui demande. Nous avons maintes fois expérimenté ce fait chez des imbéciles ou des idiots, à l'asile Sainte-Anne.

Mais, à côté de ces êtres inférieurs, on réunirait dans un même grand complexus morbide, des êtres placés aux antipodes, pour ce qui est de l'intelligence, mais qui s'en rapprocheraient tou-

jours par ce grand caractère : la déséquilibration mentale. Ces individus, qu'on les appelle des dégénérés supérieurs (Magnan) ou même dégénérés (Moreau de Tours), ont, en effet, des lacunes, de véritables trous (Magnan), dans le cerveau, source d'une orientation absolument défectueuse dans le fonctionnement des facultés mentales. Ils peuvent faire des hommes du plus grand mérite, des avocats remarquables, des capitaines intrépides, des savants hors de pair ; mais à côté des facultés les plus solides, on remarquera chez eux les bizarreries les plus singulières alors que tout paraît se comporter chez eux normalement, des déviations singulières se montreront tout d'un coup au milieu d'une vie en apparence irréprochable. Des aberrations mentales, soit dans l'ordre moral, soit dans l'ordre affectif, viendront montrer que, dans ce cerveau d'homme supérieur, il y a, à côté de circonvolutions très développées, des circonvolutions dont le fonctionnement est absolument dévié. Tel, dans la sphère morale, cet homme du meilleur monde, magistrat considéré qui, devenu voleur, emporte avec lui, à maintes reprises, le couvert qu'on lui sert à table. Tel, dans la sphère affective, ce grand philosophe écrivain du XVIIIe siècle, à l'imagination si vive, à l'intelligence si vaste, et qui, ab-

solument dépourvu de sens affectif, mettait ses fils aux Enfants Assistés.

On ne peut mieux faire, pour achever de caractériser ces intelligences supérieures déviées, que d'avoir recours à l'ingénieuse comparaison de Marcé, et d'assimiler ces grands esprits dépravés, à un instrument auquel il manque plusieurs cordes.

Eh bien ! je le répète, pour les individus de cette catégorie, placés sur les frontières de la folie, l'accord est loin d'être fait. Les déviations mentales auxquelles ils sont sujets, et qui donnent à leur étude un si grand intérêt médico-légal, doivent faire ranger, pour la majorité des aliénistes, le complexus morbide auquel elles se rattachent, parmi les psychoses étudiées en médecine mentale.

Mais quelques autres ne voient pas, dans ces impulsions, les caractères ordinaires des psychoses, et ne veulent pas, dès lors, leur donner une place dans les cadres de la médecine mentale : ce sont, disent-ils, de simples accidents dans la vie d'individus, anormaux du reste. Il n'y a pas, dès lors, de motifs suffisants pour les regarder comme de véritables aliénés et de compliquer, sans raison, la nomenclature des maladies de l'esprit.

Et, *adhuc sub judice lis est.*

Ce grand complexus morbide si vaste, la dégénérescence mentale, n'est pas le seul état psychopathique qui, avec toutes ses formes variées à l'infini, se voit contester le droit de cité dans la médecine mentale.

Bien d'autres états vésaniques sont, de la part des aliénistes de notre époque, sujets à conteste. Bien d'autres vésanies sont encore l'objet de discussions vives.

En effet, en dehors de ces états symptomatiques douteux, placés en si grand nombre sur la frontière de la folie, il y a tous ces troubles psychopathiques regardés autrefois comme de véritables entités morbides, comme la *manie,* la *mélancolie,* qu'Esquirol décrivait comme des psychoses ayant une individualité propre. L'illustre médecin de Charenton regardait même ces deux formes morbides comme les types les plus nets de l'aliénation mentale, et il en a donné, à ce titre, une description magistrale qui n'a jamais été dépassée. Depuis cette époque, la science a marché, et de nouvelles découvertes sont venues en limiter considérablement le domaine.

Pour ce qui est de la *manie,* les travaux entre-

pris depuis plus d'un demi-siècle sur la paralysie générale, sont venus en distraire successivement toutes les formes dynamiques du début, qui revêtent si souvent un état maniaque. Enfin, depuis Magnus Huss, l'alcoolisme, à son tour, est venu revendiquer tous ces phénomènes d'excitation extraordinaire, d'agitation, qui empruntent si souvent le masque de la véritable manie de Pinel et d'Esquirol, et que les anciens aliénistes auraient regardés comme des types de la maladie, et qui n'en sont que le vêtement. Et nous ne parlons que des deux principales maladies confondues autrefois sous la dénomination manie.

La *mélancolie* aussi a vu peu à peu son domaine diminuer, dans des proportions moins considérables, il est vrai. Les mélancoliques avec idées de persécution en ont été séparés, et sont venus, pour la plupart, à la suite des travaux de Lasègue, former le délire de persécution qu'on tend à appeler, de nos jours, la Maladie de Lasègue, pour consacrer le mérite de son auteur. Cette maladie de l'esprit forme, dans les cadres nosologiques de la médecine mentale, une affection réellement déterminée, véritable entité morbide, qui rentre, par cela même, dans les limites que nous avons assignées à notre travail et dont nous nous occuperons longuement.

En dehors de la maladie de Lasègue, beaucoup d'autres déviations psychologiques à individualité propre sont venues se séparer de la mélancolie, et, parmi elles, les formes mélancoliques de la paralysie générale, la folie circulaire, etc.

En d'autres termes, nombre de troubles psychologiques considérés par les anciens auteurs et par quelques aliénistes contemporains comme de véritables entités morbides, ne sont plus guère considérés, par d'autres aliénistes, que comme des formes symptomatiques, pas autre chose. Les uns ne veulent plus voir, dans ces affections, que des symptômes, prétendant qu'elles doivent disparaître, à ce titre, de la nomenclature. Quelques-uns, moins exclusifs, s'appuyant sur la grande autorité d'hommes tels que Morel, Marcé, A. Foville, se refusent à proscrire complètement d'une classification les formes mentales dont il s'agit, pas plus que le délire hypocondriaque, le délire des grandeurs.

Ces affections, disent-ils, sont en effet, bien souvent, des accidents, des syndromes d'une maladie générale, mais l'observation clinique attentive se refuse à nier, à côté de ces cas plus fréquents, il est vrai, l'existence de ces mêmes affections, comme de véritables entités morbides.

On conçoit qu'au milieu de toutes ces divergences d'opinion, il soit téméraire d'entreprendre une étude didactique de toutes les maladies de l'esprit. Pour aborder une étude de ce genre, pour débrouiller la vérité, alors que le plus grand désaccord règne parmi tant d'esprits distingués, pour se guider sûrement au milieu de ces contradictions si profondes, il faudrait une expérience que nous ne possédons pas.

Aussi, pour toutes ces raisons, avons-nous limité notre plan, comme nous le disions plus haut, à l'étude des éléments simples de la folie, à l'étude des déviations psychologiques admises sans conteste.

Et, pour répondre à ce desideratum, et nous borner aux principales maladies de l'esprit, pour n'étudier que les délires à individualité propre, nous avons pensé que le moyen le plus sûr était de les étudier, autant que possible, évoluant et coexistant chez un même individu.

Outre qu'on arrive ainsi, en dissociant, chez le même sujet, les états délirants, à prouver, par là même, leur raison d'être, leur existence propre, ce procédé analytique nous a paru présenter de sérieux avantages. Il en est, en effet, de la psychologie morbide comme de la méde-

cine ordinaire ; ce qui fait surtout la difficulté dans la description d'un état pathologique, quel qu'il soit, c'est que cette description varie souvent suivant le malade observé. En d'autres termes, la question de terrain surgit à chaque instant; en dehors de la maladie, il y a à tenir compte du malade, ce qui fait qu'une description vraie, dans certains cas, peut laisser à désirer dans certains autres.

Avec la question des délires multiples, des *coexistences*, cette objection n'a plus sa raison d'être, les conclusions étant basées sur l'étude de plusieurs délires observés simultanément chez le même malade.

Telles sont les raisons qui nous ont fait choisir le plan que nous avons adopté pour l'étude des principales maladies de l'esprit.

Nous avons divisé notre ouvrage en deux parties bien distinctes, bien que concourant au même but.

Dans une *première partie*, nous étudierons les principaux délires vésaniques, les psychopaties non acquises, en un mot, dans leurs rapports réciproques. Autrement dit nous nous livrerons

dans cette première partie à une étude comparée des délires, considérées comme ayant plus spécialement leur source dans l'hérédité.

Nous passerons ainsi successivement en revue, après une étude historique sur la question des délires multiples, le délire des persécutions, le délire paralytique, épileptique, la dégénérescence mentale héréditaire, en résumé, tous les éléments simples tous les états pouvant coexister, en médecine mentale, chez le même aliéné. Nous insisterons surtout, chemin faisant, avec des observations à l'appui, sur l'importance pratique et médico-légale de tous ces cas, qu'on a, dans ces temps derniers seulement, signalés à l'attention des médecins, des praticiens et surtout des légistes.

Dans une *seconde partie*, nous ferons une *étude comparée* des principaux *délires* et *états toxiques :* l'alcoolisme, l'absinthisme, le morphinisme, l'éthéromanie, le chloralisme, etc., etc.

Ici encore, en étudiant principalement ces intoxications à un point de vue général, au point de vue des conditions psychologiques, qui favorise leur éclosion, leur évolution, conditions en tête desquelles doit figurer la question du terrain,

ici encore, le but que nous nous proposons est de faire une œuvre essentiellement pratique, et pouvant rendre quelques services dans une expertise judiciaire.

Chef de clinique et médecin adjoint dans un grand service d'aliénés dont nous avions la direction, nous avons observé un grand nombre de ces déshérités de l'esprit, et nous avons pu recueillir des matériaux nombreux dans le sens des recherches qui nous préoccupaient.

Ce sont les résultats de ces observations et de ces recherches, entreprises depuis deux années, que nous venons soumettre maintenant au public. Et nous demandons au lecteur toute son indulgence pour notre œuvre, en raison du but que nous nous proposons.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier sincèrement notre éditeur, M. O. Doin, pour les soins qu'il a apportés à cette publication, et dont le précieux concours nous a été si utile pour l'agencement général de notre ouvrage.

LES

MALADIES DE L'ESPRIT

PREMIÈRE PARTIE

Des Délires proprement dits considérés dans leurs rapports réciproques

CHAPITRE PREMIER

Considérations critiques

PRÉLIMINAIRES. — HISTORIQUE ET CONSIDÉRATIONS CRITIQUES

La question si intéressante des délires proprement dits considérés dans leurs rapports réciproques, la question des délires multiples, c'est-à-dire de la coexistence de plusieurs modalités délirantes chez un seul malade a été remise à l'ordre du jour ces dernières années. Elle a fait le sujet de discussions intéressantes aux Sociétés Médico-psychologique et de Psychologie physiologique de Paris, et a fourni matière à plusieurs monographies intéressantes.

Il reste et il restera toujours bien des points à

élucider dans un sujet aussi difficile et aussi délicat. Il n'y a pas en effet d'étude plus difficile que celle qui consiste à analyser chez un aliéné les différents caractères d'un délire pour remonter ensuite à la source, à la notion pathogénique. Or dans la thèse qui nous occupe, il ne s'agit pas seulement d'analyser, mais il faut en quelque sorte synthétiser.

Dans un délire multiple il ne faut pas seulement envisager l'aliéné sous un côté, il faut le retourner, l'analyser sous toutes ses faces, considérer non seulement l'évolution même de la maladie, mais la cause et le traitement. Puis, cela fait, il faut en faire la synthèse, c'est-à-dire mettre une étiquette sur les différentes formes délirantes observées.

Or, c'est ici que la tâche est difficile, c'est ici que surgit un véritable écueil : il faut bien se garder, dans cette question, de confondre la maladie et le symptôme. On est toujours porté en effet à considérer dans les symptômes, des éléments indépendants, disparates, des maladies distinctes en un mot, alors qu'il n'y a que des manifestations d'une seule et même maladie.

En médecine ordinaire, il est déjà quelquefois difficile de découvrir, de dissocier chez un

malade, des éléments morbides différents, des maladies étrangères l'une à l'autre, et seulement associées, lorsque cependant on a, comme moyens d'étude des faits objectifs, la plupart du temps, et qui tombent sous les sens. On comprendra dès lors avec quelles difficultés on aura à lutter lorsqu'il s'agira de dissocier non plus des lésions physiques, mais des troubles de l'esprit, des délires en un mot, qui se prêtent quelquefois si peu à l'analyse, encore moins à la synthèse.

Cependant, ces délires multiples, ces modalités délirantes, coexistantes chez le même individu, existent bien réellement. La clinique le prouve surabondamment. Pour ne citer qu'un exemple entre mille, un persécuté systématisé se présente à nous avec les hallucinations de l'ouïe ordinaires, mais il dort mal, il voit la nuit des bêtes, des brigands qui viennent pour le tuer. Que devons-nous conclure? Comment devons-nous interpréter ces hallucinations terrifiantes, cette agitation nocturne? Devons-nous y voir un phénomène de même ordre que les hallucinations de l'ouïe qu'il présente? Evidemment non. Nous devons voir dans cet aliéné deux états bien différents : un état vésanique, la Maladie de Lasègue, caractérisée par les hallucinations de l'ouïe *sui generis*, et un délire alcoolique duquel

ressortissent l'insomnie et les hallucinations de la vue.

Mêler ici ces deux états, ne voir qu'une seule maladie serait une erreur clinique au premier chef, très préjudiciable au malade. Il faut y voir deux éléments morbides distincts, deux affections absolument différentes, simplement *coexistantes* et non *combinées*.

Il y a non seulement un intérêt scientifique réel dans l'étude des délires multiples pouvant coexister chez le même individu; mais l'intérêt même du malade, dans la question du pronostic et du traitement, exige qu'on connaisse les différents délires qu'il peut présenter évoluant chez lui côte à côte, sans mélanger leurs éléments. Dans l'exemple précédent, en effet, il ne faudrait pas s'en laisser imposer par les accidents éthyliques présentés, et porter dès lors un pronostic bénin, car la marche ultérieure de la maladie nous donnerait tort. C'est un persécuté qui a fait des excès de boisson; le délire alcoolique s'est alors surajouté au délire vésanique. Ce sont deux délires non seulement coexistants, mais absolument différents, absolument indépendants, et la preuve en est qu'au bout de quelques jours de séquestration, le délire alcoolique, c'est-à-dire les hallucinations ter-

rifiantes de la vue, l'insomnie, disparaîtront, tandis que le *délire des persécutions,* dont la marche est fatale, continuera à évoluer.

On voit donc combien il importe, dans l'intérêt de l'aliéné, d'être fixé sur l'existence et la marche de ces délires multiples.

Eh bien ! nous croyons, malgré la difficulté que leur étude présente, qu'il est possible de se guider dans l'analyse de ces différents états. Ceux-ci occupent pour ainsi dire un même pays conquis. L'aliéné, dans ces conditions, présente assez bien l'image d'une ville assiégée par une armée ennemie. Dans l'espèce, cette armée ennemie serait formée de légions étrangères les unes aux autres, et simplement alliées pour l'attaque.

Or nous croyons qu'en se basant sur la *notion pathogénique*, autant et plus que sur la nature de la maladie, mot quelquefois très vague en médecine mentale, on peut avoir une méthode d'analyse sûre qui permette de voir chez un malade des délires distincts, et qui justifie leur dissociation. En d'autres termes, nous croyons qu'en remontant à la source, à la cause des différents délires présentés par certains malades, on peut trouver des données suffisantes pour affirmer chez eux la coexistence de plusieurs délires.

Cette question des délires multiples a donc sa place marquée dans les cadres de la médecine mentale. L'existence de ces délires est une réalité clinique indéniable, surabondamment prouvée par ces cas complexes dans lesquels l'analyse psychologique décèle à côté du délire principal, une seconde, quelquefois même une troisième modalité, qui n'a avec lui aucune concaténation.

De plus cette question des coexistences de plusieurs délires jette un grand jour sur certains points de diagnostic douteux, ou du moins sur certains points litigieux de médecine mentale.

C'est ainsi que Lasègue, en traçant pour la première fois de main de maître les grandes lignes du délire des persécutions, avait avancé que la présence des hallucinations de la vue devait faire éliminer le délire des persécutions, ou devait être regardée *comme un élément surajouté.* Depuis, quelques aliénistes ont admis qu'il pouvait y en avoir, mais qu'elles étaient rares. — Or l'étude des délires multiples a prouvé depuis, par l'observation attentive de faits nombreux, combien les réserves de Lasègue étaient justifiées : cette étude a montré avec la dernière évidence que les cas de délire des persécutions rangés exclusivement sous cette étiquette et dans lesquels des hallucinations de la vue se mêlaient

aux hallucinations de l'ouïe, étaient des cas mal observés dans lesquels un élément étranger, le délire alcoolique venait se surajouter au délire primitif.

La question est ainsi élucidée : il n'y a plus à débattre s'il peut y avoir ou non des hallucinations de la vue dans la maladie de Lasègue. Il n'y en a pas. Il ne doit pas y en avoir par définition même. Leur présence n'implique pas, cela va sans dire, l'exclusion de cette vésanie, mais on sait maintenant que quand on les y trouve, elles sont imputables à un état délirant absolument étranger et surajouté, l'alcoolisme.

Il en est ainsi de la question si longtemps controversée des hallucinations dans leurs rapports avec la paralysie générale. Nous verrons que cette question litigieuse trouve sa solution également dans l'étude des coexistences et nous citerons plusieurs observations à l'appui.

Bien d'autres questions, nous le verrons dans les autres parties de notre mémoire, se trouvent encore élucidées par la connaissance des délires multiples chez le même individu.

Cette question nous a donc paru présenter une importance de premier ordre et c'est ce qui nous a engagé à en faire le sujet du présent mémoire.

Un point a plus spécialement attiré notre attention c'est la coexistence de plusieurs délires par intoxications.

Nous pensons que non seulement, par une observation attentive, on peut chez un aliéné dissocier les éléments vésaniques, comitiaux, paralytiques ou alcooliques, mais il est possible, chez un délirant par intoxication, en analysant soigneusement les symptômes présentés, de découvrir et de différencier les agents d'intoxication. En d'autres termes, chez un malade qui a fait usage simultanément de plusieurs poisons, on peut, dans certains cas, faire la part de ce qui appartient aux différentes intoxications, à tous les délires toxiques si variés.

Et on peut dire que c'est là un problème qui n'est pas dépourvu d'intérêt, si l'on songe qu'à notre époque beaucoup de gens sont exposés à contracter différentes intoxications. Je fais allusion ici à toutes ces intoxications bizarres, qui, avec l'alcoolisme et l'absinthisme, font actuellement tant de victimes : je veux parler de la morphinomanie, de l'éthérisme, du chloralisme etc., et des états analogues. A notre époque il y a une tendance pernicieuse qui pousse les gens d'une catégorie que nous étudierons plus loin à rechercher la satisfaction de leurs appétits maladifs

dans des intoxications très préjudiciables à leur intelligence. Quelques-uns, il est vrai, entrent dans la maladie par la porte de la thérapeutique. Mais plusieurs y entrent, poussés surtout par la recherche de sensations inconnues qu'ils ont entendues vanter.

Placés dans un grand service d'aliénés, il nous a été donné d'observer de ces cas intéressants de délires toxiques, d'intoxications variées et, de leurs associations chez un seul malade. Ces cas nous ont paru intéressants non seulement à cause de la nature de l'intoxication, mais surtout, dans l'espèce, à cause de la complexité des phénomènes toxiques observés, complexité qui permettait cependant de reconnaître et de faire la part des différents états.

Ces observations d'intoxications d'origine différente chez le même individu seront rapportées dans la *deuxième partie* de notre ouvrage, dans le cours de notre étude sur les délires toxiques multiples.

Dans une *première partie* nous étudierons, avec des faits à l'appui, les délires multiples à proprement parler.

Mais auparavant il nous a paru intéressant, en raison de l'importance du sujet, d'étudier

l'*historique* de la question, et de nous livrer d'abord à quelques considérations critiques, en demandant toute l'indulgence du lecteur pour un sujet encore nouveau et d'une analyse si délicate.

I. — Disons d'abord, bien que nous n'ayons nullement la prétention de faire ici une revue complète, que la connaissance des délires multiples ne remonte pas à quelques années seulement. Les grands aliénistes du siècle, je parle des aliénistes qui vivaient vers 1840, vers 1850, époque où les études médico-psychologiques brillèrent d'un si vif éclat, ont publié dans ce sens des faits cliniques très probants.

Du reste Esquirol, comme le fait remarquer très judicieusement Dericq[1], avait déjà fait observer « que des épileptiques sont monomaniaques... », ce qui implique déjà une parfaite connaissance de la coexistence chez le même individu de deux délires différents[2]. Mais, sans remonter jusqu'à Esquirol, on trouve dans Morel, ce grand observateur qui a déjà étudié et signalé tant de *faits découverts après lui*, des

[1] Dericq. Thèse de Paris 1886.

[2] On trouve même dans Hippocrate la preuve que ces délires multiples n'avaient pas échappé aux médecins de l'antiquité. Du moins l'existence simultanée de la mélancolie et de l'épilepsie y est mentionnée, tome V, p. 335. (*Traité de la maladie sacrée*) : Les épileptiques deviennent mélancoliques et réciproquement..., etc. (Hippocrate cité par Marcé.)

descriptions qui ne permettent aucun doute à ce point de vue. C'est ainsi que dans son traité des *Dégénérescences mentales* et dans ses *Études cliniques*, on trouve chez des *héréditaires*, non seulement ce délire fugace qui, par son apparition et sa disparition brusque, marque pour ainsi dire la tare originelle de l'état de dégénérescence mentale ; mais aussi souvent, chez le même héréditaire, il décrit des hallucinations visuelles dont le caractère de mobilité et les allures terrifiantes et professionnelles ne laissent aucun doute sur l'élément coexistant dans l'espèce : l'alcoolisme[1].

On trouve aussi décrit chez le même individu le délire que l'on a très bien décrit depuis sous le nom de *bouffées délirantes* des dégénérés, et le délire alcoolique. Assez souvent même on trouve en même temps décrites ces *impulsions* diverses que l'on a réunies depuis dans une tentative de synthèse, sous le nom d'*états syndromiques* et sur lesquels je n'ai pas à insister ici. En un mot, on trouve déjà réunis dans une même

[1] C'est surtout dans son traité classique que l'on trouve indiquée nettement cette *rémittence*, comme caractère pathognomonique du délire chez les héréditaires. Voir p. 525. On lira à ce propos avec beaucoup d'intérêt tout le chapitre de ses aliénés héréditaires de la 1re classe, p. 521. On verra qu'on a peu ajouté depuis à la symptomatologie du délire chez les héréditaires, qui y est traitée magistralement.

description, non seulement l'état mental et l'état délirant si spéciaux qui en font des dégénérés, mais on y dépeint très nettement l'influence étrangère, l'éthylisme, qui, lui aussi, se manifeste par un état délirant particulier. On ne peut donc refuser à Morel d'avoir décrit la coexistence de deux modalités délirantes chez le même individu et d'en avoir donné l'origine.

Dans son *Traité des maladies mentales*, on trouve également des faits du même genre à l'article *Délire hypocondriaque*, nom sous lequel Morel confondait la plupart des monomaniaques qui devaient plus tard rentrer dans le *Délire des persécutions* de Lasègue; on trouve dans cet ordre d'idées, nettement indiqué, quelquefois des cas dans lesquels évoluent côte à côte, chez le même individu, le délire des *persécutions* avec ses hallucinations de l'ouïe, le délire propre aux *héréditaires*, puis enfin le délire *alcoolique* avec son délire *sui generis* : on voit l'internement faire cesser celui-ci et n'avoir aucune prise sur les autres [1].

Je pourrais ici sans utilité multiplier les

[1] M. Magnan, dans un aperçu sur la question des *hypocondriaques* de Morel, va trop loin, croyons-nous, lorsqu'il déclare que la *plupart d'entre eux* rentrent exclusivement parmi les dégénérés.

exemples démontrant que non seulement Morel, mais les aliénistes de son temps, avaient signalé les délires multiples, avaient donné des exemples de coexistence chez le même individu de délires d'origine différente.

On peut même aller plus loin en ce qui regarde le délire alcoolique, on peut même dire que l'élément éthylique considéré comme élément surajouté, se trouve mentionné par tous les auteurs, qui depuis Magnus Hus se sont occupés d'aliénation mentale. Nous avons même vu que Morel, dans sa description, décrit cette coexistence du délire alcoolique avec les vésanies.

Depuis longtemps, les auteurs ont, en effet, signalé chez certains aliénés, les paralytiques généraux par exemple, la présence de l'éthylisme. Que cette imprégnation alcoolique soit ici cause ou effet, elle existe bien réellement, et tout le monde est d'accord sur ce point. En pareil cas Lasègue fait remarquer qu'en se livrant à la boisson, le paralytique au début est conséquent avec lui-même et avec ses idées délirantes. Il fait montre et ostentation de sa fortune, de sa générosité. Or on sait que dans un certain milieu, le meilleur moyen de prouver ses largesses, c'est de payer à boire. Il paye donc à boire à des voi-

sins, surtout dans cette période de la maladie que Régis a dénommée avec beaucoup de raison période de *dynamie fonctionnelle*. Il résulte bientôt de cette manière de faire un état caractérisé par un délire *sui generis :* hallucinations, craintes imaginaires, etc. ; cet état, ce délire se surajoute à l'état mental, au délire préexistant, *délire ambitieux* dans l'espèce, et on assiste alors à l'évolution d'un véritable *délire multiple*.

Le fait est même tellement fréquent dans certains services où l'on observe les malades, immédiatement à leur entrée, au début de leur séquestration, comme les services de l'Infirmerie Spéciale et de la Clinique, que nous le considérons comme banal. Les paralytiques qu'il nous a été donné d'observer dans ces services, — et nous en avons vu un grand nombre, — présentaient presque toujours des accidents alcooliques, qui quelquefois couvraient l'affection mentale principale. Mais quelques jours d'internement, et l'état mental si caractéristique apparaissait bientôt, isolé, avec sa marche fatale et progressive.

Tous les auteurs, du reste, qui depuis vingt-cinq ou trente ans ont écrit sur la paralysie générale, ont décrit cette coexistence. Les uns, il est vrai, comme M. Magnan, l'ont décrit comme cause et effet ; les autres, comme Lasègue, y ont

vu surtout un effet ; mais tous ont noté l'évolution simultanée de ces deux états délirants ayant une origine différente : délire ambitieux et délire alcoolique.

II. Voilà pour ce qui est de la coexistence de l'alcoolisme avec différents états psychopathiques vésaniques ou autres. La question a donc, comme on le voit, été entrevue depuis longtemps. Si maintenant nous passons en revue la coexistence des autres états vésaniques et comitiaux entre eux et avec l'alcoolisme : délire épileptique, délire de persécution, délire mélancolique, on trouve que depuis assez longtemps aussi ces différents états ont été décrits et signalés.

Mais il résulte de nos recherches que la première description *méthodique, synthétique* de ces délires multiples, remonte à Lasègue qui en a fait le premier une étude séparée en 1867, description qu'on a, je crois, trop oubliée. Et je ne le cacherai pas ici, c'est cet oubli envers ce grand maître, dans cette question des délires multiples, qui nous a poussé à nous étendre sur cet historique plus que ne le comporte le cadre de notre travail. Dans cette question des délires multiples, Lasègue occupe incontestablement la première place, et nul ne saurait la lui disputer.

Nous pourrions ici, à propos des délires multiples, rappeler ce qui a été dit à propos du délire des persécutions, et dire que ceux qui ont écrit depuis sur le même sujet, ne peuvent guères être considérés que comme les vulgarisateurs de ses idées.

C'est, en effet, dans un article connu de tout le monde et publié dans les *Archives générales de médecine* en 1868, c'est dans son étude sur l'alcoolisme subaigu, que Lasègue, le premier, dans un chapitre spécial [1], « se propose d'étudier les modes d'association les plus communs de délire alcoolique avec d'autres affections délirantes ». Il passe ainsi en revue successivement, dans des paragraphes différents, la coexistence du *délire alcoolique* avec la *paralysie générale*, avec le *délire des persécutions* (où l'on trouve le diagnostic différentiel entre le *persécuté alcoolique* et le *persécuté vésanique* dans un exposé magistral sur lequel nous reviendrons), avec le *délire épileptique*, avec le délire *aigu* des maladies fébriles. Dans tous ces cas « on peut décomposer, ajoute-t-il, par l'analyse, cet état complexe où l'alcoolisme et l'épilepsie accusent leur présence par des symptômes caractérisques, il est possible, dans le cas où l'aliéné persécuté s'est

[1] Chap. III.

exposé à une intoxication alcoolique subaiguë, de reconnaître la présence des deux éléments ». Dans le même ordre d'idées il décrit chez le paralytique général la présence simultanée du délire expansif et du délire alcoolique ; « seulement, dit-il à ce propos, avec beaucoup de raison, il est extrêmement difficile, même aux médecins les plus expérimentés, de reconnaître la part qui revient à l'alcoolisme dans l'excitation d'un paralytique ».

S'il ne décrit pas l'influence alcoolique chez les mélancoliques, comme on l'a fait depuis, c'est que les mélancoliques, « par leurs préoccupations, ne se livrent pas à des abus qui supposent toujours un reste d'appétit instinctif et de volonté[1] ».

On ne saurait donc mettre en doute que c'est à Lasègue que revient l'honneur d'avoir le premier décrit la coexistence de l'alcoolisme avec des affections délirantes si variées : paralysie générale, épilepsie, délire des persécutions, affections aiguës.

Lasègue, il est vrai, n'a pas décrit dans un chapitre spécial la coexistence de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale héréditaire ; mais, qui, plus que lui, a insisté sur les prédispositions

[1] Loc. cit.

congénitale, héréditaire, à devenir alcooliques? Il y revient dans toutes ses publications sur l'alcoolisme : partout et toujours il fait ressortir l'influence primordiale de l'imprégnation héréditaire dans l'intoxication éthylique. Il suffit de lire surtout, pour s'en rendre compte, sa série de leçons sur les manifestations cérébrales de l'alcoolisme; on verra quelle importance étiologique il accorde à l'hérédité sur la production du délire en pareil cas. N'est-ce pas Lasègue qui a dit, en effet : « Ne devient pas alcoolique qui veut », faisant entendre clairement par là que pour délirer sous l'influence de la boisson, il fallait un appoint, une prédisposition héréditaire? Or établir aussi nettement une relation de cause à effet entre ces deux facteurs : dégénérescence mentale héréditaire et éthylisme, n'est-ce pas indiquer implicitement la coexistence de ces deux états? Evidemment et on ne pourrait le nier.

Cette coexistence de l'élément alcoolique avec un élément délirant étranger (délire expansif de la paralysie générale, délire épileptique, délire de persécution, délire des héréditaires), a donc été décrit très nettement par Lasègue, et c'est à lui que revient cette paternité indéniable.

Six ans plus tard, en 1874, M. Magnan, à la suite de son travail important sur l'alcoolisme

reprend cette question[1]. Dans un chapitre terminal qu'il intitule : « Combinaisons de l'alcoolisme avec les diverses formes mentales et son association avec les maladies intercurrentes » il reprend, dans le même ordre que Lasègue, la combinaison de l'alcoolisme avec la paralysie générale, avec le délire des persécutions, avec l'épilepsie, la débilité mentale et les affections aiguës intercurrentes. Mais il étudie de plus la combinaison possible de cette intoxication avec la *dipsomanie*.

On doit dire même que sous ce rapport il établit un caractère différentiel entre ces deux états qui peuvent exister simultanément, la dipsomanie et l'alcoolisme, celui-ci étant une conséquence forcée du premier au bout de quelque temps. « La dipsomanie, dit M. Magnan, est une forme particulière de monomanie instinctive puisant le plus souvent son origine dans l'hérédité ; l'alcoolisme, au contraire, est un simple empoisonnement qui se traduit chez tous de la même manière. » — Or, on sait que Lasègue [2], loin d'admettre la coexistence possible de ces deux états, affirmait leur antagonisme. « Le dipsomane, dit-il, boit autant et plus que

[1] Magnan. *De l'alcoolisme*. Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement, 1874. (Prix Civrieux, 1872.)

[2] Arch. génér. de médecine, 1882. Dipsomanie et alcoolisme.

l'alcoolique, mais il ne s'alcoolise pas... il est préservé des aventures mentales de l'alcoolisme ; pas d'hallucinations transitoires, pas de terreurs... personne n'a vu un dipsomane, même imbibé à l'extrême par la boisson, entrer dans l'impasse de l'alcoolisme chronique. » — Bien que les dipsomanes véritables soient rares, il nous a été donné d'en observer quelques cas, et comme l'ont, du reste, noté la majorité des aliénistes, malgré l'autorité du grand nom de Lasègue, nous avons toujours trouvé alors, des crises nocturnes, des hallucinations terrifiantes avec leur caractère mobile et professionnel, qui ne laissaient aucun doute sur la coexistence d'un élément spécial surajouté : l'alcoolisme.

Quelle que soit l'école à laquelle on appartienne on ne peut nier qu'ici, malgré son grand sens clinique, Lasègue avait été trop loin, lorsqu'il déclarait que non seulement ces deux états ne pouvaient coexister chez le même individu, mais qu'ils se contrariaient mutuellement. Je crois que la clinique montre des cas indiscutables où ces deux éléments sont au contraire dans un rapport de causalité des plus étroits [1].

[1] Nous avons eu à la même époque à la Clinique trois dipsomanes, qui à leur entrée étaient en même temps de véritables alcooliques.

Aussi M. Magnan, dans son étude sur l'alcoolisme, a-t-il signalé la dipsomanie et l'alcoolisme comme deux états pouvant se surajouter l'un à l'autre. Le dipsomane, en pareil cas, est « un aliéné ordinaire, mais après quelques jours d'excès, l'intoxication se produit et le dipsomane se présente avec le délire alcoolique que nous connaissons ; il a des hallucinations pénibles, des tremblements, de l'insomnie, de l'embarras gastrique, etc. ». Et c'est là une étape qu'il faut bien se garder d'omettre, pour être juste dans l'étude des délires multiples, d'autant que cette assertion s'appuie sur l'observation clinique montrant ces deux états évoluant côte à côte avec leurs caractères propres sans se confondre ; on y voit même plus qu'une *combinaison*, expression dont se sert l'auteur, on y voit une véritable *coexistence*.

C'est que cette expression de *coexistence* de plusieurs délires, synonyme de délires multiples chez le même individu, n'avait pas encore été donnée pour désigner l'existence simultanée chez un seul aliéné de plusieurs états délirants de nature et d'origine différentes.

On trouve décrits, il est vrai, depuis longtemps, ces délires multiples, et nous avons vu qu'en dehors des anciens aliénistes et de Morel,

Lasègue les avait décrits avec beaucoup d'exactitude dès 1868 ; mais l'expression de *coexistence* n'a été employée que plus tard.

On doit avouer, en effet, qu'il n'y a pas là une simple question de mots, mais une véritable question de doctrine. Lasègue, en 1868, s'était servi du mot *complication* qui n'avait pas une signification juste et précise. Dans sa *première* publication, Magnan emploie le mot *combinaison*, expression également peu précise puisqu'elle semble indiquer qu'il y a dans le délire multiple un état mixte, une résultante, un état hybride, en quelque sorte, ce qui n'est pas du tout la pensée de l'auteur, puisque dans le même travail il dit : « Ce sont là des accidents d'origine différente que l'analyse d'ailleurs permet de distinguer. »

Il y a des cas évidemment où l'alcool, par exemple, imprime un caractère particulier à l'état délirant auquel il se surajoute, que cet état délirant soit l'épilepsie, la paralysie générale, le délire des persécutions ; il y a bien, en d'autres termes, dans beaucoup de cas, un état véritablement hybride ; ce sont ces cas qui forment une combinaison dans laquelle il est impossible de voir deux évolutions différentes ; c'est bien là une résultante de plusieurs états, plutôt que des

états distincts. Mais, à côté de ces cas, il existe des faits très nets dans lesquels, chez le même aliéné, chaque délire conserve sa physionomie, son allure, son autonomie propre, sa thérapeutique même spéciale, sans jamais se confondre.

En 1880, M. Magnan analysa ces différents délires, chez le même aliéné, qui paraissent s'entremêler, se combiner. Il parvint à les dissocier, et les décrivit sous le nom de *coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même individu*[1]. L'expression de délire multiple, qui n'a pas, du reste, que la signification précise que nous lui donnons ici, remonte très haut.

Dans ce travail publié dans le premier numéro des *Archives de neurologie*, on retrouve avec plus de développements la coexistence du délire alcoolique avec les divers états délirants, étudiés déjà par Lasègue et par le même auteur, quelques années auparavant. On y trouve en plus deux observations de délire alcoolique chez des dipsomanes.

Nous préférons cependant, comme nous le disions dans nos préliminaires, substituer le

[1] Magnan. Coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même individu. *Archiv. Neurol.* 1880, n° 1.

mot *origine* au mot *nature* employé ici ; et ce n'est pas là une simple affaire de dénomination ; car, dans une analyse aussi délicate que celle des différents éléments délirants chez un aliéné, le point de repère est précisément l'origine de telle et telle modalité délirante ; tandis que le mot nature, quand il s'agit surtout de faits psychologiques, est toujours un peu vague.

Par ordre chronologique et par ordre d'importance, ce travail marque une étape sérieuse dans l'étude des délires multiples, et doit venir après le travail de Lasègue, antérieur de douze ans. De plus, on y trouve décrit pour la première fois la coexistence de l'épilepsie avec le délire des persécutions.

On y trouve, en effet, trois observations, où l'on voit les deux délires *vésanique* et *épileptique* évoluer côte à côte et susceptibles d'être décrits séparément avec leurs caractères propres.

L'auteur donne, dans un dernier paragraphe, deux observations où l'on voit l'alcoolisme joindre son cortège de symptômes bruyants aux symptômes de deux autres maladies nerveuses : le délire des persécutions et le délire épileptique. Trois délires évoluent ainsi chez le même individu en conservant chacun sa physionomie particulière, de façon que leurs symptômes

propres peuvent être reconnus par l'analyse clinique.

Dans ce travail, la source originelle de ces délires multiples est indiquée. Il les montre évoluant côte à côte sans jamais se confondre, et établit que pour chacun d'eux c'est la même cause qui a présidé à l'éclosion : l'hérédité.

En pareil cas, ajoute cet auteur, il est possible, chez un délirant multiple, de découvrir l'origine des trois délires associés, chez les procréateurs.

La vésanie *du père*, l'épilepsie *de la mère*, l'alcoolisme *de l'un et de l'autre,* se retrouveraient dans le triple délire multiple en question. La transmission serait, d'après cet auteur, la plupart du temps similaire.

Nous reviendrons plus loin sur cette transmission similaire invoquée pour expliquer l'éclosion simultanée de plusieurs délires chez un seul individu. Nous verrons alors que si la clinique confirme cette transmission similaire des délires multiples chez le même individu, bien des faits y échappent.

Dans ses leçons sur l'épilepsie[1] le même auteur se sert de nouveau de l'expression *coexistence*, et le mot de *combinaison* admis dans son premier

[1] Leçons sur l'épilepsie. — Leçons publiées in *Progrès médical*, 1881.

travail est rejeté cette fois : il y a alors, dit-il, en parlant de l'existence simultanée de l'épilepsie et d'un autre état psychopathique, « une coexistence de deux états morbides bien différents, qui se compliquent *sans jamais se combiner*, tout en conservant chacun leurs caractères propres ». Il cite à l'appui trois observations de délire épileptique compliqué de délire mélancolique, et deux observations de coexistence de délire de persécution également chez des comitiaux. Dans une série de leçons récentes sur la dipsomanie [1], M. Magnan revient sur la complication de la dipsomanie par l'alcoolisme, complication déjà étudiée par le même auteur en 1872 : il donne trois nouvelles observations de coexistence de dipsomanie et d'alcoolisme. Nous avons déjà dit qu'il y a plus ici qu'une complication, il y a presque une règle. — Non seulement les dipsomanes peuvent devenir alcooliques en raison de leurs excès paroxystiques quelquefois considérables, mais ils le deviennent plus facilement peut-être que d'autres aliénés. Car ils présentent un milieu de réceptivité, un terrain éminemment favorable à l'éclosion du délire alcoolique : les dipsomanes sont pour la plupart, en effet, des héréditaires

[1] Leçons sur la dipsomanie — in *Progrès médical*, 1884.

dégénérés, c'est-à-dire les malades qui délirent avec le plus de facilité, et sous l'influence de la plus petite cause.

Nous ne devons pas oublier de signaler ici, comme contribution à l'étude des délires multiples, une observation intéressante publiée en 1879 par M. Briand[1], dans laquelle on voit chez une femme évoluer distinctement un état dipsomaniaque qui forme le fond du délire, un deuxième délire alcoolique et peut-être même un certain état mélancolique. Car, ainsi que le dit M. le professeur Ball, nous ne saurions admettre que la mélancolie et la dipsomanie puissent être confondues[2]; et quand ces deux états se trouvent chez le même individu, on doit vraisemblablement les regarder comme deux éléments surajoutés l'un à l'autre. La dipsomanie, en un mot, considérée en elle-même, n'a pas le caractère de la mélancolie, et ne peut dès lors être dénommée mélancolie impulsive. C'est du moins l'avis de la plupart des aliénistes.

Dans le même ordre d'idée, nous devons signaler une observation publiée par M. Garnier en 1880[3]. Cette observation est intéressante au

[1] Briant. *Mouvement médical*, 8 nov. 1879, n° 45.

[2] Professeur Ball. *Maladie mentale*, chap. Dipsomanie.

[3] Garnier. 1880. *Gaz. hebdom.*, n° 9, 27 février 1880.

triple point de vue de la coexistence de deux délires évoluant avec leurs symptômes propres, de la double influence héréditaire (épilepsie de la mère, mélancolie, suicide de la tante paternelle) et enfin de l'importance médico-légale qu'elle soulève.

Remarquons, en passant, qu'ici l'influence héréditaire n'est pas similaire.

Ici enfin se place, par ordre chronologique, la thèse de Dericq[1]. Avant de passer à la deuxième partie de notre mémoire, nous demandons la permission de nous arrêter un instant, d'autant que ce travail, le dernier en date, présente assez bien l'état actuel de nos connaissances sur la question.

Dans ce mémoire on trouve décrites les coexistences que la clinique a pu noter chez le même aliéné. L'auteur passe en revue non seulement les délires multiples étudiés jusqu'à lui, mais il y ajoute des chapitres nouveaux. C'est ainsi qu'il étudie, dans une série de six paragraphes, la présence de *l'état de dégénérescence mentale* héréditaire comme élément surajouté aux autres modalités cliniques : délire alcoolique, état dipsomaniaque, mélancolie, délire de persécutions.

C'est là certainement un côté nouveau de la question des délires multiples.

[1] Loc. cit.

Le principal écueil ici était de ne pas se laisser prendre par le délire spécial bien propre aux aliénés de cette catégorie dont les caractères, nous l'avons vu, bien décrits déjà par Morel sous le nom de *délire rémittent* des héréditaires [1], ont été réétudiés depuis par M. Magnan sous la dénomination de *bouffées délirantes* [2], et repris par Legrain dans une thèse récente sous le nom de *délire d'emblée* [3].

Il y avait là une réelle difficulté. On sait, en effet, que ce délire *rémittent, d'emblée*, que ces *bouffées délirantes,* se montrent soit sous forme d'excitation passagère, soit sous forme de délire de persécution ou de grandeur, fugace, transitoire, éclatant subitement et disparaissant de même, et caractérisé surtout par ces rémissions fantasques, capricieuses sur lesquelles Morel insiste tant.

Il fallait donc dégager dans l'espèce les idées de persécution de l'héréditaire dégénéré, des idées de persécution plus systématisées du véritable persécuté (type Lasègue), des idées de persécution de l'alcoolique, point plus délicat

[1] Morel. Loc. cit.

[2] Communications Soc. méd. psychol. — *Ann. méd. psych.* 1885, octobre.

[3] Legrain. *Du délire chez les dégénérés.* Thèse 1886.

encore. Il fallait dégager des autres états coexistants, non seulement l'état délirant, mais l'état mental du dégénéré. Or, on sait combien l'état mental de l'héréditaire offre aussi d'analogie, par ses caractères *multiples*, avec d'autres modalités cliniques. La difficulté qu'il y a à voir clair dans un pareil chaos, est telle que quelques psychiâtres étrangers, entre autres Arnold Pick[1], ont confondu chez des héréditaires ce délire rémittent avec différents délires systématisés à existence propre et déterminée. C'est ainsi qu'ils ont décrit comme délire de persécution *coexistant*, comme entité morbide surajoutée, ces idées de persécution fugaces qui appartiennent au terrain même de la dégénérescence mentale, et qui en sont le principal symptôme.

On trouve dans Morel, il est vrai, comme nous l'avons dit au commencement de cet article, des observations d'héréditaires très intéressantes au point de vue des délires multiples ; on y trouve décrits, comme surajoutés à l'état mental et à l'état délirant, différents éléments étrangers coexistants, d'origine différente. Mais ces observations sont éparses çà et là sans déductions

[1] Pick Arnold. *De la dégénérescence mentale et des autres formes de maladie mentale.*

prouvant suffisamment la nature et l'origine étrangères au terrain héréditaire.

En grand clinicien qu'il était, tous les détails analytiques dans l'espèce ont été observés et consignés, mais la synthèse manquait.

Dans le travail de Dericq, on trouve avec l'analyse une tentative de synthèse consciencieuse de ces délires multiples chez les héréditaires. On y voit, non seulement que l'hérédité leur imprime son cachet, mais l'observation clinique attentive a su en dégager les éléments psychopathiques véritablement étrangers, évoluant à côté de l'état mental et de l'état délirant primitif, non comme des délires *combinés*, mais comme des délires *coexistants*. Nous devons donc voir là un effort méritoire et un pas de plus en avant dans la question, si controversée encore, du délire chez les héréditaires dégénérés, malgré la longue discussion de la Société médico-pyschologique.

Un point nouveau de la question des coexistences a été également abordé dans ce travail : c'est, nous devons le dire, la partie du travail qui sera certainement la plus critiquée, et la plus discutée : nous voulons parler des états délirants engendrés par l'alcool, par l'absinthe et par l'épilepsie.

L'auteur, en effet, passe d'abord en revue

non seulement la présence des états épileptiformes admis par tous les aliénistes sous le nom d'*épilepsie alcoolique*, et évoluant simultanément avec de véritables accidents épileptiques, avec un état comitial proprement dit ; mais il étudie dans un chapitre séparé l'existence simultanée, chez le même individu, de l'*épilepsie franche* et de l'*épilepsie absinthique*.

Il y a ici, on le sait, une question de doctrine. La plupart des auteurs admettent, en effet, dans l'absinthe un *agent épileptogène*, si je puis m'exprimer de la sorte, c'est-à-dire capable de provoquer au même titre que l'alcool des accidents épileptiformes. Dans un second ordre d'idées, tous admettent également que l'influence de l'absinthe peut réveiller, comme le traumatisme, comme bien d'autres facteurs, du reste, le mal comitial. Mais seulement, on admet en pareil cas un terrain préparé, et, pour la majorité des aliénistes, il faut, pour que l'absinthe agisse, que l'individu soit au moins *comitial à l'état latent*.

En d'autres termes, l'ingestion absinthique ne créerait jamais les attaques, elle ne serait qu'une cause occasionnelle, qu'une épine qui favoriserait seulement leur éclosion.

Tout le monde est d'accord sur ce point,

mais il résulterait des recherches de Marcé[1], de MM. Motet[2], Magnan[3], que l'action prolongée de l'essence d'absinthe provoquerait *par elle-même* une épilepsie absolument comparable à l'épilepsie franche idiopathique : même *inconscience*, même *cri initial,* tout le cortège enfin des attaques du morbus sacer. La ressemblance serait telle que les habitudes seules du convulsivant, les commémoratifs et l'intervention pourraient indiquer l'origine et la nature des convulsions. Il y aurait, en d'autres termes, pour les trois auteurs précités, une épilepsie absinthique, identique à l'épilepsie vraie, au mal comitial.

Je ne reviendrai pas plus longuement ici sur la question de savoir si l'*épilepsie absinthique* est une réalité clinique; je l'ai fait ailleurs[4], et j'y reviendrai dans la deuxième partie de ce mémoire, mais ce qu'il est permis d'affirmer en clinique, dans l'état actuel de la science, c'est que l'ab-

[1] Marcé. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1864. — *Note sur l'action toxique de l'essence d'absinthe.*

[2] Mottet. *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe.* Thèse de Paris, 1859.

[3] Magnan. *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe, épilepsie absinthique*, 1871.
Magnan. *Archives de physiologie.* Mars et mai 1873.
Vétault. Thèse de Paris, 1887.

[4] G. Pichon. *De l'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles.* — Thèse de Paris, 1885.

sinthe est sinon une cause univoque, du moins, un facteur puissant dans l'éclosion des attaques. Et c'est seulement ce qu'il importe de savoir ici. Dans son travail, Dericq étudie dans un premier paragraphe l'influence néfaste de l'absinthe chez l'épileptique, sur les attaques comitiales. Il trouvera ici peu de contradicteurs. Mais il étudie ensuite la coexistence chez un alcoolique de l'épilepsie que M. Magnan a précisément décrite sous le nom d'épilepsie absinthique. On comprend qu'il est difficile d'établir que l'absinthe n'a plus agi en tant que cause occasionnelle comme précédemment, mais bien comme cause univoque chez un individu non prédisposé, puisque cette épilepsie toxique n'a aucun caractère différentiel qui la sépare du mal comitial. L'auteur indique cependant le *traitement* comme une véritable pierre de touche : par l'abstinence, l'épileptique absinthique verrait les attaques disparaître, et l'épileptique idiopathique verrait, au contraire, ses attaques continuer à évoluer, même après la séquestration, et ne céder qu'au bromure de potassium. Cette épilepsie se différencierait donc non seulement du morbus sacer, mais même de l'épilepsie dite alcoolique par les auteurs.

Il y a donc dans ce travail un point nouveau

qui, s'il n'est pas admis par tout le monde, marque au moins une étape importante dans l'étude des délires multiples : c'est l'étude de la coexistence d'états psychopathiques provoqués par l'épilepsie, par l'alcool, par l'absinthe, étude démontrant la possibilité qu'il y a de dissocier chez un même individu l'existence de ces trois éléments, et, par conséquent, leur autonomie.

Il est à regretter que dans ce mémoire il ne soit pas fait mention de la coexistence du délire de persécution et du délire épileptique. Nous en donnerons dans la seconde partie de notre étude, quand nous arriverons à ce point particulier, une observation, qui nous en présentera un exemple des plus probants.

Mais par contre, l'auteur, qui possède des observations à ce sujet, nous promet un travail sur la coexistence de la paralysie générale avec les délires systématisés. On sait que, jusqu'à présent, on n'a guère signalé dans l'encéphalite interstitielle que la présence surajoutée de l'élément éthylique. Il y a donc là une promesse dont nous verrons avec plaisir la réalisation [1].

Dericq dans son travail nous donne donc, avec

[1] Nous ne parlons pas ici de la coexistence de la débilité mentale et de la paralysie générale, bien rare en clinique, mais dont nous avons pu cependant observer deux cas.

l'état actuel de nos connaissances sur la question des délires multiples, des aperçus intéressants sur deux points nouveaux : la coexistence des différents états psychopathiques avec l'*état de dégénérescence mentale,* puis l'existence simultanée de trois états convulsifs pouvant évoluer sans se confondre chez le même malade : le *mal comitial idiopathique*, le *délire alcoolique* avec accidents épileptiformes des auteurs, l'*absinthisme* avec épilepsie absinthique de quelques auteurs.

Si maintenant nous résumons cette courte revue critique des délires multiples, nous voyons que l'historique de la question peut se ramener aux trois points suivants :

1° Dans une première phase[1] la coexistence simultanée de plusieurs modalités délirantes chez le même individu est bien reconnue et admise, mais il y a encore une certaine confusion, une certaine hésitation, et les faits sont épars çà et là, et il n'y a pas encore de tentative de classification ; on trouve de ces faits bien observés dans Morel et dans les aliénistes de

[1] Nous passons sous silence dans ces conclusions la période ancienne dont nous avons parlé au commencement de cette étude, dans une note de bas de page.

cette époque, mais surtout dans l'auteur des *Dégénérescences mentales.*

2° Lasègue, en 1868, donne le premier une description magistrale des complications de l'alcoolisme par le délire des persécutions, par l'épilepsie, par la paralysie générale, par le délire des maladies aiguës. — M. Magnan, en 1874, reprend cette étude, et, en 1880-81, y ajoute les complications de l'épilepsie par la mélancolie et par le délire des persécutions. Il publie un travail d'ensemble sur les *coexistences de plusieurs délires,* pouvant évoluer chez le même aliéné sans se confondre et ayant chacun sa source dans l'hérédité. Il se sépare de Lasègue en décrivant la dipsomanie et l'alcoolisme, comme exemples de délires multiples, qui, loin de se combattre, peuvent évoluer chez le même individu ; il s'en sépare aussi, en admettant chez le même sujet l'existence du délire mélancolique et du délire alcoolique.

3° Dans un travail plus récent Dericq ajoute aux coexistences déjà décrites, les complications des différents états psychopathiques par la dégénérescence mentale héréditaire, et les coexistences de deux intoxications *entre elles* (l'alcoolisme et l'absinthisme), et *avec le mal comitial.* Il nous fait de plus entrevoir l'existence possible

chez les paralytiques généraux d'un délire vésanique.

Après l'exposé sommaire que nous venons de faire, il peut paraître téméraire de vouloir reprendre cette question. Cependant on nous permettra d'exposer à notre tour quelques considérations cliniques reposant sur des observations prises dans le service de l'Infirmerie Spéciale et de la Clinique à l'asile Sainte-Anne. Nous ne nous appesantirons pas sur tous les délires multiples passés en revue plus haut, ce serait nous exposer à des répétitions inutiles. Nous insisterons surtout sur les faits les moins étudiés, sur les délires multiples complexes [1].

Un fait nous paraît peu signalé, en dehors de l'absinthisme et de l'alcoolisme, *c'est surtout l'étude des états toxiques, et la présence chez le même malade de plusieurs intoxications d'origine différente.* — Nous commenterons à ce propos quelques-unes de nos observations touchant l'existence du morphinisme, de l'alcoolisme, de l'absinthisme, de l'éthérisme, du chloralisme etc., et nous demanderons la permission de faire

[1] Loc. cit.

quelque rapprochement entre ces différentes intoxications.

Nous verrons alors que toutes ces passions bizarres, dont le nombre et les dénominations nouvelles vont en augmentant tous les jours, ont la plupart du temps, du moins c'est notre avis, une seule et même origine. Nous verrons alors, qu'en raison même de leur réunion, ou du moins de leur succession fréquente, chez le même individu, il y a dans ces intoxications, dans ces passions artificielles (absinthisme, morphinisme, éthérisme, etc.), une question de *terrain* qui prime tout. Et c'est précisément sur ces questions de terrain, sur toutes les causes prédisposantes en un mot, que nous demanderons surtout la permission d'insister.

CHAPITRE II

Études cliniques

DES DÉLIRES PROPREMENT DITS CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS RÉCIPROQUES

§ I

PRÉLIMINAIRES

Nous venons, dans une première partie de notre mémoire, de passer en revue l'historique et les considérations critiques qu'il importait de développer au sujet de la question des délires multiples. N'ayant en vue absolument que la véracité des faits et un examen attentif des auteurs, nous avons laissé de côté toutes les questions de doctrine et d'école, questions qui auraient pu nous faire oublier les droits et les devoirs d'une saine critique ; nous avons passé en revue les travaux anciens, nous avons insisté sur les travaux contemporains qui ont surtout mis en lumière ce sujet encore discuté ; nous avons

parlé de Morel, de Lasègue, de Magnan, etc., en insistant sur la part qui revient à chacun d'eux dans cette étude ; nous avons tenu expressément à bien mettre en relief les travaux de Lasègue, et à prouver, dans cet historique, l'importance du rôle qui revient à ce grand aliéniste. Nous avons tenu à montrer que, dans cette question des délires multiples si controversée et cependant d'une importance pratique si considérable, le nom de Lasègue, pour cette question, comme pour tant d'autres, qui touchent à la médecine aliéniste, doit dominer tous les autres. Nous n'avons pas en effet à revenir sur ses travaux concernant la coexistence de l'alcoolisme et du délire de persécution, de l'alcoolisme et de la paralysie générale, etc. Nous avons suffisamment insisté sur cette question de priorité.

Après ces considérations critiques il nous reste à examiner le côté purement clinique de la question ; nous demandons à ce propos la permission d'entrer dans le cœur du sujet et, en nous appuyant sur des observations, de développer un point de pathologie mentale dont l'importance pratique ne saurait échapper à personne ; c'est pourquoi nous allons aborder l'étude des *délires multiples*, réservant à dessein l'étude *des délires toxiques multiples*, dont nous nous

occuperons dans la dernière partie du présent mémoire.

Tout d'abord doit-on dire qu'il y a *délire multiple* toutes les fois que chez le même aliéné on trouve réunis plusieurs éléments délirants? Evidemment non, et à ce point de vue la dénomination de *coexistence de plusieurs délires* est peut-être plus en rapport avec la réalité clinique, lorsqu'il s'agit de décrire l'existence simultanée de plusieurs modalités délirantes évoluant chez un même malade, sans se confondre, sans se combiner.

En effet, un premier point important à établir, c'est que de l'étude des délires multiples, on doit exclure tous les cas, où les éléments délirants sont tellement mêlés entre eux qu'ils font partie d'une seule et même entité clinique. Et c'est là un point de doctrine capital que nous tenons à bien préciser avant d'aborder la discussion des faits, si nous voulons éviter une confusion regrettable, dans laquelle sont tombés plusieurs auteurs; c'est ainsi qu'on ne peut comprendre sous le nom de délires multiples, les différentes formes sous lesquelles se présente le délire, chez les dégénérés, car ces délirés variés à l'infini ne sont pour ainsi dire que les rameaux divers d'un

seul et même arbre, ne sont que les symptômes d'un seul et même état, à manifestations variées, qu'on appelle la dégénérescence mentale.

C'est également dans cet ordre d'idées que les alternatives d'excitation et de dépression chez un paralytique général ne peuvent être considérées comme présentant deux modalités psychiques différentes. Elles font partie intégrante de l'état mental, dans la périencéphalite diffuse, et ne sauraient être considérées comme deux états différents réunis chez le même individu. On ne confondra pas davantage les idées délirantes si variées du paralytique ; et il ne viendra pas à l'idée d'un clinicier de réunir sous le vocable de délire multiple, les idées de grandeur, de mélancolie, d'hypocondrie, de persécution, etc., que l'on voit si souvent alterner chez lui.

C'est ainsi qu'on ne saurait non plus appeler coexistence de deux délires, délire multiple, les deux états délirants, qui arrivent à une certaine période à se confondre dans la vie du persécuté (type Lasègue) : nous voulons parler du moment, où le persécuté, arrivé à une période avancée de sa maladie, mêle pendant quelque temps à ses idées de persécution un délire ambitieux qu'on ne doit nullement regarder comme un élément psychopathique surajouté. Nous faisons allusion

ici à cette période de transition si remarquable, où le persécuté roule dans un cercle vicieux que Morel[1] et Foville ont surtout bien mis en lumière et d'où doit sortir une troisième modalité délirante, non constante du reste, la *mégalomanie :* Si tant d'ennemis se liguent pour ma perte, c'est qu'ils ont intérêt à se débarrasser de moi, c'est que je suis un grand personnage... je suis un grand personnage, un prince du sang, voilà pourquoi j'ai des ennemis. Tel est le raisonnement qui conduit fatalement le persécuté au délire ambitieux. Ce délire ambitieux fait donc, ici, tellement partie du délire de persécution primitif, que, même à cette étape, on doit encore le désigner sous le nom de délire de persécution. C'est tout au plus si on ajoutera en pareil cas une épithète, et si on emploiera le mot de persé-

[1] Au moment où, dans la discussion à la Société médico-psychologique sur le délire chronique (délire des persécutions de Lasègue), tous les débats roulent au fond sur une question de priorité, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que Morel, dès 1862, avait signalé cette transformation syllogistique du délire des persécutions — in *Traité de médecine mentale*, 1862. — Il y consacre quatre pages. Suivant immédiatement Lasègue, le créateur de la maladie, qui dans ses rapports avait lui-même, dès l'origine, entrevu le fait, Morel précède ici Foville (1869), Legrand du Saulle (1872), J. Falret (1877), Garnier (1877) et Gérente (1882), qui résume l'opinion de son maître M. Magnan.

Sur cette question de priorité, l'étude des faits ne saurait laisser subsister aucun doute.

cuté mégalomane, de persécuté ambitieux. Et il ne sera pas nécessaire pour cela de créer un nouveau mot, tout le monde s'entendant sur la compréhension, sur la signification de l'expression délire de persécution[1].

En un mot, dans l'espèce, le délire ambitieux sera non un élément coexistant, mais un élément combiné au délire de persécution. Il y aura alors combinaison et non coexistence de deux délires ; et la résultante de cette combinaison sera la présence non de deux états morbides évoluant séparément, mais d'un état hybride à marche *progressive* bien connu depuis les travaux de Lasègue, Morel, Foville, Falret et Magnan. Dans aucun de ces cas il n'est permis de dire qu'il y a délire multiple, qu'il y a coexistence de plusieurs délires chez un même individu.

Je pourrais encore citer bien des exemples de ces états hybrides offrant l'image de délire combiné, mais je m'arrête dans cette énumération qui me mènerait trop loin.

Nous avons cru bon d'entrer dans ces détails

[1] S'il fallait changer cette dénomination consacrée par l'usage, ce serait pour donner au délire de persécution, comme le propose dans ses leçons si judicieusement M. le professeur Ball, le nom de son créateur, et l'appeler *Maladie de Lasègue*.

préliminaires parce que quelques auteurs ont nié l'existence de ce délire multiple. Or ces délires intéressants doivent être absolument admis, non seulement, parce que, comme on l'a écrit, ils sont une réalité clinique, mais parce que leur connaissance est de la plus haute importance au point de vue pratique et médico-légale, comme nous le verrons dans la suite.

Le principal argument des adversaires des délires multiples consiste précisément à déclarer qu'en pareil cas il y a combinaison et non coexistence, et qu'on assiste alors, non à l'évolution simultanée et côte à côte de deux délires chez le même individu, mais simplement à un état plus complexe, plus touffu, et c'est tout.

Ils puisent alors leurs arguments dans des considérations basées sur des faits de médecine générale. Il y a, vous disent par exemple, ces adversaires en question, comme nous l'avons entendu soutenir, une maladie maintenant bien connue en médecine ordinaire, c'est l'artério-sclérose. Or, à un moment donné, on voit, dans le cours de l'artérite généralisée, toutes les fonctions, tous les organes se prendre les uns après les autres ; le cœur, puis le foie, puis les reins, le cerveau même et tout le système artériel enfin, sont successivement pris. Eh bien ! nous dit-on,

alors, arrivera-t-il jamais, dans l'état actuel de nos connaissances, au médecin, de porter les diagnostics successifs d'affection cardiaque, d'affection hépatique, rénale et cérébrale, et de déclarer que tous ces différents troubles fonctionnels sont des maladies distinctes, séparées, chez un malade de ce genre ? Nullement, ajoutent-ils, tous les cliniciens ne voient là que des manifestations successives d'une même maladie, intéressant en même temps tout le système artériel, et atteignant fatalement tous les organes précités. Et, l'on devra voir dans tous ces éléments morbides, non la présence de maladies coexistantes, mais les effets d'une même cause : l'artérite généralisée. En un mot, on regarde toutes ces lésions comme une seule entité clinique : l'artério-sclérose. Voilà l'argument favori qu'on apporte pour nier l'existence des délires en question.

Certes, il y a là, je ne le cacherai pas, un argument sérieux en faveur des adversaires des délires multiples. Et cependant il n'est pas irréfutable, et nous trouvons non seulement dans la marche de ces délires, dans leur évolution, une preuve qu'ils ont acquis droit de cité dans la science ; mais c'est surtout la thérapeutique qui nous montre bien, qu'en pareil cas, on trouve

chez un aliéné, non un délire formé par la combinaison d'éléments divers, mais plusieurs délires coexistants évoluant indistinctement et ayant chacun son existence propre. C'est surtout la thérapeutique qui se charge ici de répondre victorieusement, et qui prouve qu'on a devant soi, non une combinaison, mais une véritable coexistence. La thérapeutique est en effet ici une véritable pierre de touche, un véritable criterium.

Dans l'exemple d'artério-sclérose que nous prenions tout à l'heure avec complication prédominante d'hydropisie et de troubles cardiaques, on donne de la digitale ou un autre agent du même ordre ; non seulement les fonctions cardiaques, mais les fonctions hépatiques et rénales subiront une amélioration. En d'autres termes, l'agent qui produira une amélioration ou une aggravation dans l'une des fonctions lésées aura également une action sur toutes les autres fonctions malades, parce que précisément, l'*artério-sclérose est une maladie générale*, constituée par la *combinaison* de différents éléments morbides, et non par leur *existence indépendante*, c'est-à-dire par la coexistence de ces mêmes éléments.

Tout autre est la manière de se comporter des délires multiples. Sommes-nous, en effet, en

présence d'un aliéné placé sous le coup du délire alcoolique et du délire des persécutions, vous interrogez le malade. Sous l'influence de la séquestration, les hallucinations terrifiantes, et professionnelles caractéristiques de l'alcoolisme, disparaîtront *certainement*, les hallucinations de l'ouïe, avec les idées de persécutions systématisées, caractéristiques du délire de Lasègue, continueront à évoluer aussi tenaces, du moins pendant quelque temps, qu'avant l'internement.

Supposons maintenant le cas qui se présente journellement, dans les asiles d'aliénés, d'un paralytique général alcoolique. — Le paralytique au début, dans cette période de dynamie fonctionnelle si bien décrite par Régis, se met souvent, en effet, à boire, quand bien même jusqu'alors il n'aurait eu aucune habitude éthylique, et présente souvent à ce moment du délire alcoolique qui est alors un effet et non une cause. — Eh bien, les crises nocturnes de l'alcoolisme disparaîtront, mais le délire expansif, le délire des grandeurs, caractéristique de la folie paralytique, ne disparaîtra jamais, on ne le sait malheureusement que trop, ou du moins il disparaîtra pour faire place à l'abolition complète de toute l'activité cérébrale, disparition qui sera le terme final.

Ce sera encore, si l'on veut, pour en finir, un délire multiple éclatant chez un épileptique. Ce dernier cas prouve surabondamment la différence qu'il y a entre une coexistence de plusieurs délires chez un même sujet, et une affection générale, hybride, à manifestations délirantes variées :

Cet épileptique, outre son état mental bien particulier et ses attaques, aura des accès d'agitation maniaque caractérisés par leur extrême violence et surtout par leur *inconscience*. Il se met à boire, il aura alors les crises nocturnes et les hallucinations terrifiantes et professionnelles de l'*alcoolique*. — Il aura du délire *épileptique* et du délire *alcoolique*. Mais ce n'est pas tout, à l'âge de trente-cinq à quarante ans, par le fait d'un héritage paternel ou maternel, éclatera soudain chez lui ce délire si particulier, à allures, à évolution si nettes, le *délire des persécutions*, qui se manifeste par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécutions systématisées. — Notre épileptique deviendra alors un *épileptique*, *alcoolique* et *persécuté*. — Or ces trois délires auront une existence si distincte, une évolution si particulière pour chacun d'eux, qu'ils marcheront indépendants, de telle sorte, que l'analyse clinique attentive saura toujours faire

la part chez cet aliéné, dans la symptomatologie, de ce qui appartient à l'épilepsie, à l'alcoolisme et au délire des persécutions. Mais cette triple coexistence non seulement sera affirmée par la marche, par l'évolution, mais, comme nous le disions plus haut, la thérapeutique sera encore ici la pierre de touche et sera la preuve qu'on ne peut songer un instant, dans les cas de ce genre, à un état mixte, à une combinaison, à un hybride.

En effet, on commence par interner cet aliéné ainsi placé sous le coup de ce triple délire. Sous l'influence de la séquestration, les crises nocturnes et les hallucinations terrifiantes de la vue disparaîtront ; ce malade *ne sera plus alcoolique.* Vous le tenez pendant quelques jours sous l'influence de la bromuration : les attaques, les impulsions violentes et inconscientes disparaîtront peu à peu ; il *ne sera plus sous le coup du mal comitial.* Mais les hallucinations de l'ouïe et les *idées de persécution persisteront ;* son troisième délire, son délire des persécutions, cette terrible vésanie, ne guérira malheureusement pas ni sous l'influence du bromure ni sous l'influence de la séquestration. — Les murs de l'asile le calmeront peut-être, mais ne le guériront certainement pas, et on peut prédire, avec la grande

majorité des aliénistes, qu'il mourra persécuté, après avoir parcouru les différentes phases de son délire, mais sans plus laisser de trace de ses deux états anciens.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage. Il est facile de voir que non seulement, par l'intervention, on affirme l'existence, la raison d'être des délires multiples, mais que, de plus, par le mode d'intervention employée, on arrive à faire le diagnostic des délires, des différents états coexistants. Nous verrons tout à l'heure que, chez un de nos malades, nous avons pu de cette façon découvrir l'existence simultanée du délire des persécutions, de l'épilepsie et de l'alcoolisme. — Ajoutons que cet aliéné, dont le tableau héréditaire était extrêmement chargé, présentait de plus au grand complet l'état mental, l'état délirant et les signes de la dégénérescence mentale. Nous avons donc là un quadruple délire; et il ne nous a pas fallu moins de six mois d'examen journalier pour arriver à débrouiller ce chaos. Nous croyons y être arrivé précisément, non seulement en fouillant les renseignements héréditaires et en étudiant la marche et l'évolution des symptômes, l'histoire du malade, mais aussi, en nous appuyant sur l'intervention thérapeutique et sur ses résultats.

Les délires multiples existent donc bien réellement, et nous affirmons leur existence en invoquant non seulement la marche et l'évolution différentes des délires, les effets de l'intervention médicale, mais aussi en invoquant les renseignements fournis par l'*hérédité*.

Souvent en effet, on trouvera dans les ascendants l'origine de tous les délires multiples découverts chez le produit.

L'explosion d'atavisme, qu'on me pardonne cette expression un peu risquée, mais qui rend bien la pensée, ne se manifeste pas alors, par une résultante unique et par un délire unique, comme cela arrive le plus souvent, mais par des délires multiples qui conserveront chez le descendant l'individualité originelle qu'ils avaient chez les parents. L'accumulation d'hérédité ne donnera pas naissance, par exemple, à ce vaste complexus morbide, maintenant mieux délimité, qui porte le nom d'état de dégénérescence mentale héréditaire, et qui logiquement, du moins dans l'ordre régulier des choses, devrait être la résultante forcée chez un produit d'une hérédité trop chargée.

En effet, de par définition même, l'*imprégnation héréditaire* chez un aliéné, les vésanies paternelle et maternelle en un mot, devraient se

résoudre chez le descendant, par la folie héréditaire. On devrait, en résumé, trouver dans le produit un héréditaire (Morel), un héréditaire dégénéré (Falret, Magnan). Un héritage si lourd devrait créer des déséquilibrés, des originaux, des anormaux, des dégénérés supérieurs, des débiles, des dégénérés inférieurs : c'est du moins une loi de pathologie mentale. Avouons-le en toute sincérité, ce second argument a une grande valeur. Nous dirons même que dans l'état actuel de nos connaissances, il est irréfutable de par sa valeur syllogistique. Pourquoi, en effet, dans un cas d'imprégnation héréditaire, n'a-t-on pas affaire à une dégénérescence mentale, état hybride en qui se résumeraient les états psychopatiques des ascendants, d'après les lois formulées par Moreau de Tours[1], par Lucas[2], par Morel[3], Falret, Magnan, Féré[4] et par Déjerine[5]? Pourquoi, dans ces cas d'imprégnation héréditaire, a-t-on

[1] Moreau de Tours. *Psychologie morbide.*

[2] Lucas. *Traité de l'hérédité.*

[3] Morel. *Traité des dégénérescences*, 1859, — *Varia* (discussions sur les héréditaires, Société méd.-psych., 1885). — Voir surtout sur cette question les discussions intéressantes de la Société médico-psychologique de Paris qui ont eu lieu en 1885 à propos des héréditaires de Morel.

[4] La famille névropathique. *Archiv. de Neurologie*, 1883.

[5] Déjerine. *Hérédité dans la maladie nerveuse.* Thèse d'agrégation, 1886.

affaire quelquefois dans l'espèce, chez le descendant, non à un héréditaire, non à un dégénéré, mais à un produit chez qui l'influence des procréateurs se fera sentir séparément, et chez qui, l'influence héréditaire donnera lieu, par exemple, à une coexistence chez le même aliéné, d'un délire épileptique par l'épilepsie du père, d'un délire de persécution par la vésanie de la mère ?

Ne craignons pas de le dire, il y a là un problème que l'avenir éclaircira peut-être, mais qui, à l'heure actuelle, est insoluble. — Et l'on est alors forcé, comme nous l'avons dit plus haut, de se retrancher derrière l'observation clinique vraie, sincère, pour affirmer *quand même* la pathogénie et l'existence de ces délires multiples.

L'existence de délires multiples chez le même individu doit donc prendre place dans les cadres nosologiques, puisque la clinique, et cela suffit, en donne des exemples probants.

Après ces considérations préliminaires que nous avons jugées nécessaires pour l'intelligence des faits qui vont suivre, nous allons, sans plus tarder, aborder l'étude des délires multiples, en invoquant précisément l'appui des faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer.

Nous ne passerons pas en revue, bien entendu, tous les faits de délires multiples qu'il nous a été donné d'observer. Cette étude a été faite par d'autres plus autorisés que nous. Nous avons surtout l'intention d'insister particulièrement, et cela dans la deuxième partie de notre mémoire, sur la *coexistence de plusieurs intoxications* chez le même individu; car en dehors de la coexistence de l'alcoolisme et de l'absinthisme (nous avons déjà insisté sur ce point important), il reste tous ces appétits bizarres, toutes ces passions, qui depuis une dizaine d'années ont pris tant d'extension qu'elles menacent de nous déborder. Nous voulons parler, outre l'absinthisme, du morphinisme et de ses différentes formes, de l'éthéromanie, du chloralisme, de la cocaïnomanie, etc. Ce sont de ces différentes intoxications que nous parlerons surtout. Nous verrons qu'elles coexistent souvent chez le même individu. Nous dirons alors quelles sont les causes générales et particulières qui président selon nous, à cette association de passions si bizarres, et si terribles quelquefois. Nous préférons diviser ainsi notre travail, et, en les rejetant plus loin, étudier longuement et séparément les *délires toxiques multiples*, que nous considérerons comme le point important, et le seul quelque peu original de notre livre.

Nous ajournerons donc cette étude des *délires toxiques multiples*, des intoxications d'origine différente chez le même individu.

Mais avant d'aborder ce point capital de notre étude, nous demanderons la permission, à propos de quelques cas que nous possédons, d'entrer dans quelques courtes considérations au sujet des délires moins étudiés. Nous serons bref, et nous ne nous étendrons ici que sur les délires compliqués, dans lesquels trois ou quatre éléments délirants simples évoluent chez le même individu, sans se mêler, sans se combattre, sans réagir l'un sur l'autre, sans présenter d'antagonisme l'un pour l'autre, et en conservant leur autonomie propre.

Nous venons de prononcer le mot antagonisme. Nous nous contenterons de le signaler ici, pour y revenir plus tard, car la question de l'antagonisme est inséparable de la question des coexistences. Et c'est là un point de doctrine, que nous ne faisons qu'ajourner, pour pouvoir en parler plus à loisir dans une autre partie de notre mémoire.

§ II

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DU DÉLIRE DES GRANDEURS PARALYTIQUE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES DÉLIRES MULTIPLES. — OBSERVATIONS. — CONCLUSIONS

1° Je dirai peu de chose des délires multiples dans lesquels la *paralysie générale* forme le principal délire. La *coexistence* de la *folie paralytique avec le délire alcoolique* est, on le sait, très fréquente. Je ne parle pas, bien entendu, de ces cas dans lesquels l'alcoolisme a pu être la cause efficiente de l'encéphalite, ce qui a été quelquefois noté, entre autres, par M. Magnan[1]. Je fais seulement allusion aux cas dans lesquels le délire éthylique est venu se surajouter au délire expansif de la périencéphalite, délire des grandeurs.

Or la plupart du temps (ces cas se présentent, tous les jours en clinique), j'ai déjà remarqué qu'il y a pour ainsi dire, dans cette association de la paralysie générale et de l'éthylisme, une relation très étroite. Le paralytique général au début est sous le coup d'une hyperactivité cérébrale qui le pousse à tous les

[1] Lolliot. Thèse de Paris.

excès [1]. « Il s'imagine alors à multiplier ses fatigues, en entretenant une excitation artifitielle. » C'est ainsi qu'on verra des hommes extrêmement recommandables présenter tout d'un coup des habitudes d'ivrognerie, et jeter la désolation dans une famille, qui ne voit pas là le premier effet de la maladie. Beaucoup de parents disent même au médecin dans les cas de ce genre, que la cause de tout le mal est un changement dans la conduite, ne voyant pas que dans l'espèce, les excès alcooliques sont un effet et non une cause.

Au début, cette *dynamie fonctionnelle*, à elle seule, fait souvent diagnostiquer, pour un esprit attentif, la maladie redoutée, ou du moins légitime la plus grande réserve sur le pronostic. Cette dynamie fonctionnelle, qui poussera certain paralytique de la première période, alors qu'aucun signe physique n'est encore apparent, à entreprendre des spéculations hasardeuses tout à fait en opposition avec le caractère ordinaire de l'individu, à faire des dépenses folles, alors même qu'il est avare, le poussera, toujours, dans

[1] Cet état est admirablement décrit par Régis sous le nom de *dynamie fonctionnelle*, dans un mémoire souvent cité par nous, et qu'on relit toujours avec plaisir, tant il est conforme à l'observation clinique. (Voir *Ann. méd. psych.*, 1879.)

le même ordre d'idées précisément, à rechercher les boissons alcooliques.

Lasègue, le premier, en 1868[1], a bien montré la cause de cette association, surtout dans le milieu où il observait, l'Infirmerie Spéciale. « Vaniteux et prodigues, les paralytiques de la classe ouvrière des grandes villes n'ont guère d'autres tendances à affirmer leur générosité qu'en invitant des indifférents ou des inconnus à des libations dont ils font les frais, et pour lesquelles ils recrutent sans difficultés des compagnons. » Les effets d'une pareille manière de faire ne se font pas longtemps attendre, et les symptômes de l'alcoolisme se joignent bientôt aux symptômes de la maladie primitive.

En pareil cas, il est vrai, comme le dit Lasègue, « qu'il est difficile de reconnaître la part qui revient à l'alcoolisme dans l'excitation d'un paralytique, mais on peut néanmoins reconnaître avec une attention suffisante, dans les hallucinations visuelles terrifiantes et professionnelles, le cachet de l'éthylisme, et dans le délire des grandeurs hyperboliques, le cachet de la folie paralytique. Et on peut affirmer que la paralysie générale est souvent jointe à l'alcoolisme, et qu'il est toujours

[1] Lasègue. Loc. cit.

possible de faire la part de l'un et de l'autre de ces deux états. C'est là, nous le croyons du moins, un fait acquis par la clinique. Et non seulement ces deux états sont associés, mais on peut ajouter qu'ils forment non une combinaison, mais une coexistence, une véritable association.

Je sais bien qu'il y aura des cas difficiles, dans lesquels on hésitera pour savoir si l'alcool a imprimé simplement un cachet particulier au délire paralytique, ou s'il a provoqué un délire surajouté. Mais ces cas seront rares; la plupart du temps, il sera assez facile de voir, à l'aide des symptômes caractéristiques de ces deux états, si l'on a affaire à un délire paralytique, expansif, *arrosé* (je demande pardon pour cette expression qui rend bien la pensée), ou à deux délires différents.

Je ne donnerai pas ici d'observation venant affirmer la coexistence possible des deux délires *paralytique* et *alcoolique*. Il faudrait citer presque la moitié des paralytiques généraux qui *rentrent* dans les asiles. On peut dire, en effet, que chez ces malades, au début, et c'est un point sur lequel nous avons déjà quelque peu insisté dans nos préliminaires, pendant les premiers jours de leur séquestration du moins, on constate des

crises nocturnes, des cauchemars, qui ne laissent aucun doute sur leur origine; d'autant que ce cortège de symptômes bruyants disparaît de lui-même après quelque temps d'internement, tandis que les autres manifestations délirantes, inhérentes à l'encéphalite, telles que le délire des grandeurs, l'optimisme généralisé, continuent à évoluer. On trouvera du reste, dans Lasègue[1], une observation intéressante de coexistence d'alcoolisme chez un paralytique général, la première qui ait été publiée, à ce titre, croyons-nous[2]. On en trouvera également trois observations publiées par M. Magnan en 1874[3]. Dericq enfin en donne dans sa thèse inaugurale des exemples très probants[4]. Aussi nous nous contenterons de renvoyer à ces différents auteurs. C'est là un point de l'historique que nous avions négligé.

Ce que nous tenons simplement à dire ici, c'est que les complications possibles et même fréquentes de la paralysie générale n'ont pas un intérêt banal, mais un intérêt diagnostic de premier ordre. En effet, si, placé sous cette double in-

[1] Lasègue. Loc. cit. et *Etudes médicales*, tome II, p. 1615.
[2] Magnan. *De l'alcoolisme*, p. 260.
[3] Loc. cit., p. 135.
[4] Dericq. Loc. cit.

fluence, un aliéné se présente à nous, « si, dans de telles conditions, dit M. Magnan, le malade entre dans un asile sans renseignement, ce qui arrive le plus souvent, il ne se présente pas sous le dehors du paralytique, mais ressemble à un alcoolique[3] ». Si on n'est pas prévenu, on sera exposé à commettre une erreur de diagnostic et *surtout de pronostic* bien regrettable. Connaissant la possibilité de cette coexistence, on sera réservé, et on ne dira pas, par exemple, à la famille que leur malade est atteint d'alcoolisme subaigu et qu'il guérira vite, quand il est sous le coup d'une maladie *qui ne pardonne jamais !*

2° Le délire alcoolique est donc assez souvent un élément surajouté, que l'on peut dissocier dans la paralysie générale. Mais est-ce le seul ? Nous avouons n'en avoir jamais rencontré d'autres dans la clinique des aliénés. Et cela se comprendra facilement si l'on songe que les paralytiques généraux, pour l'immense majorité des aliénistes, ne sont pas des héréditaires, et que d'autre part les délires, vésaniques, épileptiques, etc., qui pourraient les atteindre en même temps, sont des délires essentiellement héréditaires. L'alcoolisme, élément indépendant de l'hérédité, et tenant simplement à l'intoxication, pourra donc

coexister avec l'encéphalite, mais on comprend facilement pourquoi il ne pourra en être de même des autres éléments de la folie.

Aussi les différents auteurs qui ont étudié la question des délires multiples, n'ont-ils signalé que le délire alcoolique, comme élément étranger pouvant coexister avec la folie paralytique. Lasègue, Magnan n'en citent pas d'autres. Ajoutons cependant que dans une note de son travail, comme nous le disions plus haut, Dericq signale la coexistence possible de la paralysie générale avec le *délire des persécutions* [1]. Nous ne l'avons jamais rencontré [2].

3° Vient enfin une troisième question intéressante au point de vue des délires multiples dans la paralysie générale, et touchant en même temps de bien près à l'essence même, à la nature de la paralysie générale. On sait, en effet, qu'actuellement la théorie généralement admise et à laquelle se rallie M. le professeur Ball, c'est la théorie dualiste. Les aliénistes sont très portés, à l'heure

[1] Déricq. Loc. cit.

[2] Nous n'avons pas à parler ici, nous le répétons de l'association possible, quoique bien rare de la paralysie générale et de la débilité mentale, parce que nous ne considérons point la débilité mentale comme un élément simple de la folie.

actuelle, à admettre la théorie de M. Baillarger, et pensent qu'il y a dans l'encéphalite deux éléments distincts, la *démence* paralytique et la *folie* paralytique. Quelques-uns même, comme Lasègue, pensent que cette affection est un grand genre nosologique qui comprend plusieurs espèces différentes [1].

Cette doctrine admise, il suffit de s'entendre sur les termes; et, la question de certaines coexistences nouvelles dans la paralysie générale, ne devient plus qu'une simple question de mots : Considérée comme éléments *surajoutés à la démence* paralytique, la folie paralytique est un véritable délire surajouté, et peut être considérée comme une coexistence ou une complication. Considérée comme élément *surajouté à la paralysie générale*, elle est un non-sens, puisque la paralysie générale, de par la définition admise par les dualistes eux-mêmes, Baillarger, Lasègue, etc., est formée de deux éléments : la *démence* paralytique et la folie *paralytique*.

Et « tous les phénomènes délirants expansifs

[1] Tel était notre optimisme au moment où ces lignes ont été écrites. Mais bien des difficultés diagnostiques, entrevues depuis, nous ont montré combien dans cet ordre d'idées les réserves de M. Falret étaient fondées, lorsqu'il disait, en 1877, que l'histoire de la paralysie générale était à refaire.

ou dépressifs[1] » peuvent être « des complications, des coexistences, au même titre que le délire alcoolique », de la démence paralytique, de l'encéphalite interstitielle, jamais de la paralysie générale vraie, telle qu'on la comprend.

Bien que nous ayons promis de ne pas insister sur les rapports de la paralysie générale avec les délires multiples, nous ne pouvons résister au désir de commenter l'observation de deux malades que nous avons suivis pendant longtemps. Chez les deux paralytiques généraux en question, l'observation la plus attentive n'a pu permettre de confondre les deux états présentés et bien nettement distincts, nous y tenons d'autant plus que pendant les longs mois que ces malades ont été soumis à notre examen, les deux éléments auxquels nous faisions allusion plus haut nous ont paru absolument distincts ; ces deux observations, disons-le incidemment en donnant raison aux théories de M. Baillarger, montrent clairement, que dans certaines paralysies générales, rares du reste, on peut, sans crainte d'être taxé d'exagération, distinguer deux états absolument indépendants l'un de l'autre : la *folie* paralytique et la *démence* paralytique. Avant de donner l'his-

[1] Loc cit.

toire de nos deux malades, nous avons tenu ainsi à montrer qu'elles se rattachent à la question des délires multiples ; hâtons-nous d'ajouter que des cas aussi schématiques sont une rareté clinique, et que, dans bien des cas, la théorie dualiste, ne rend nullement compte des faits observés.

Dans notre première observation il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, X... sans hérédité. Voici un résumé des circonstances qui ont motivé sa séquestration à la Clinique de l'asile Sainte-Anne.

Au mois de décembre dernier, après avoir, au dire de sa famille, présenté quelques accidents prodromiques insignifiants, X... a quitté subitement la ville de T... sans prévenir son entourage. Après avoir circulé librement dans Paris pendant trois ou quatre jours qu'il employa à faire des achats ridicules et bien caractéristiques (commandes de chaussures en nombre indéterminé, de vêtements expédiés à sa ville natale, etc., etc.), il est arrêté au magasin du Louvre, au moment où il essayait d'embaucher tous les commis, auxquels il proposait des appointements magnifiques pour s'expatrier avec lui en Australie ; il avait dressé déjà une liste fort longue et recueilli de nombreux noms, au bout desquels figuraient de très beaux

appointements. Le but qu'il se proposait et qu'il discutait longuement, était d'aller organiser dans ce pays de grandes fermes modèles, des banques magnifiques, à l'aide desquelles il se faisait fort d'amasser des millions et des milliards pour lui et les actionnaires qui ne manqueraient pas d'accourir. Il avait frété, s'écriait-il tout haut, de riches navires pour les emmener eux et tous ceux qui voudraient partager son sort fortuné... — Pour le moment on se contenta de l'emmener à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de police malgré sa résistance et ses protestations ; nous fûmes appelé à l'examiner le lendemain et à formuler sur son compte un certificat de séquestration ; X... nous parut fort étonné de nos questions et de nos doutes sur ces immenses richesses ; nous n'avions qu'à aller à Marseille et nous rendre au port de cette ville, là, nous assisterions à l'embarquement de tous ses troupeaux : six cents moutons, six cents bœufs, autant de chevaux, autant de mulets devaient être dirigés sur le port de Melbourne ; aux doutes que nous élevions, à l'inconséquence que nous essayions de lui démontrer, à propos d'allégations concernant à la fois des sujets si disparates (entreprise de fermes-modèles, fondation de banques), il nous répondait, en nous parlant de sa grande intelligence ;

« Avec un esprit comme le mien, nous disait-il, je ne suis pas en peine de concilier l'élevage des troupeaux, et la direction de plusieurs banques. »

Jusque-là, rien que de bien classique, nous assistons à l'évolution du délire ordinaire chez les paralytiques généraux, avec ses inconséquences, ses absurdités et son hyperbolisme, mais le point que nous tenons ici à mettre en lumière, c'est que le second facteur aussi obligé que le délire des grandeurs, qui pût autoriser à poser le diagnostic de paralysie générale, manquait absolument ; nous voulons parler de ce symptôme primordial qui fait pour ainsi dire la condition *sine quà non* de la périencéphalite, l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*. La mémoire était intacte : à toutes les questions que nous lui adressâmes dans cet ordre d'idées, il répondait avec une clarté surprenante, et sans aucune hésitation. Notre examen fut de ce côté complètement négatif. A tous les renseignements les plus précis que nous lui demandâmes sur son âge, sur sa famille, etc., il nous fournissait des notions d'une précision étonnante.

Du côté des troubles physiques, l'examen n'en fut pas moins négatif : aucun embarras de la parole, aussi bien dans le cours de la conversation que dans la prononciation des mots difficiles ;

nul tremblement des membres inférieurs ou supérieurs, pas de mouvement fibrillaire des lèvres, de la joue ou de la langue; le seul trouble physique appréciable chez lui et qui n'a été du reste qu'en augmentant, c'est l'état des pupilles : abolition du réflexe pupillaire, myosis très prononcé.

Il ne fallait pas cependant, sur un simple examen de quelques heures, même de quelques jours, trop nous hâter d'admettre, à l'exclusion des troubles d'*affaiblissement intellectuel* et de troubles somatiques, l'opinion de *folie paralytique* qu'on rencontre si rarement à l'état isolé, mais ce malade, que nous avons pu suivre pendant plusieurs mois consécutifs et que nous connaissons depuis un an, ne présente pas plus maintenant que lors de sa séquestration la moindre lacune dans la mémoire et dans les autres facultés intellectuelles. C'est tout au plus si, pendant ce long espace de temps, son délire exubérant a changé d'objectif ; c'est ainsi que de temps à autre il laisse de côté ses idées de voyage en Australie, et pose alors sa candidature à la députation, en se réclamant de ses électeurs. Nous sommes donc autorisé à regarder cette observation comme un type de folie paralytique, c'est-à-dire, comme nous le disions plus haut, d'un dé-

lire absolument indépendant, dans l'histoire de la paralysie générale ; nous sommes autorisé à voir, dans ce fait clinique, la preuve que ce délire est un délire indépendant et simplement juxtaposé à un autre état psychopathique, qui forme pour ainsi dire l'élément constitutif de la paralysie générale et qu'on appelle *démence paralytique*. Dans l'espèce, cette partie de la trilogie symptomatique, cette démence paralytique n'est pas encore venue compliquer l'état délirant de notre malade.

Assisterons-nous ici à l'éclosion des éléments paralytiques qui manquent ? c'est ce que nous ne pouvons dire, et c'est ce que l'avenir nous apprendra.

Mais ce que nous voulions surtout faire ressortir ici, c'est qu'au point de vue de la question des délires multiples qui nous intéresse, la *folie paralytique* peut être considérée comme un élément délirant indépendant, coexistant.

Nous donnerons l'histoire de notre second malade, en résumé :

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, M..., homme de lettres, entré à la Clinique vers la même époque. Un fait tout d'abord important à signaler dans l'histoire de notre malade : c'est l'hérédité similaire collatérale. On retrouve cepen-

dant des faits analogues dans une thèse soutenue récemment à la Faculté [1]. Un frère de ce malade est interné à l'asile de Ville-Evrard, atteint de paralysie générale.

M... a été amené à Sainte-Anne au commencement de l'année courante; il se prétendait l'*inventeur du mouvement perpétuel*. Il fut arrêté au ministère de l'intérieur, au moment où il déposait son invention, pour laquelle il réclamait un brevet qu'il acheta cent francs, argent qu'on ne lui rendît du reste jamais, soit dit en passant, malgré nos certificats.

Depuis de longs mois que nous le tenons sous notre observation, contrairement à ce qui a eu lieu chez notre malade précédent, M... n'a pas varié dans son délire; il est toujours l'inventeur du mouvement perpétuel, qu'il expose longuement, oralement et au tableau. Ses idées sont vraies et pratiques, sauf un point. En effet, ce mouvement perpétuel est basé, dit-il, sur la propriété du siphon... L'eau amenée par ce moyen tombe sur les palettes d'une roue, puis arrive en s'écoulant au pied d'un bassin, qui doit la ramener à son point de départ. Or, lorsqu'il expose au tableau sa théorie avec force figures, on ne

[1] Vrain. *De l'hérédité dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1887.

peut le convaincre de l'inanité de son procédé, touchant ce dernier siphon qu'il appelle siphon réservoir. On cherche inutilement à lui démontrer. que dans l'espèce, le siphon ne peut élever l'eau d'un niveau *inférieur* à un niveau *supérieur*, donnée sur laquelle appuie tout son édifice scientifique. A toutes les raisons qu'on lui donne, il oppose cette réponse : Mon appareil est destiné à révolutionner l'industrie, car mon mouvement perpétuel développe une force motrice considérable sans le secours de combustibles ; j'ai résolu, ajoute-t-il, le grand problème du travail moteur sans charbon... Donnez-moi tout ce qu'il faut, et je livre à mon pays mon mouvement perpétuel, source de tant d'économies.

Ce qu'il importe surtout de faire ressortir ici c'est la ténacité des idées délirantes, ténacité si rare dans la paralysie générale : depuis le long temps qu'il se trouve dans le service de la Clinique, le thème qu'il a adopté n'a pas varié ; il est toujours l'inventeur du mouvement perpétuel qui doit révolutionner l'industrie.

Mais, pour le point particulier qui nous occupe, un fait qu'il importe surtout de signaler chez M... depuis sa longue séquestration, c'est, en dehors de cette fixité dans le délire, ici, comme précédemment, l'*absence complète de tout affai-*

blissement intellectuel. Comme chez D..., chez M..., nous n'avons pas pu, à aucun moment, depuis son entrée à Sainte-Anne, surprendre la moindre lacune dans l'état de sa mémoire et de ses facultés.

L'examen des troubles physiques ne nous a donné ici également que des renseignements négatifs : pas d'inégalité pupillaire, pas de tremblement, pas d'embarras de la parole, c'est à peine, si après une longue conversation et de longues démonstrations, sa voix manque d'assurance, devient légèrement scandée, et présente quelques achoppements, quelques accrocs.

Comme précédemment, le *délire des grandeurs* se montre ici isolé. Que deviendra-t-il ? Restera-t-il tel ? ou bien à un moment donné, l'état physique et l'état démentiel de la paralysie générale viendront-ils compléter ce tableau symptomatique ? Nous sommes réduit sur ce point à des conjectures.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de rapporter deux observations, qui, comme nous l'avons vu, autorisent dans certains cas, à considérer la paralysie générale comme formée de deux éléments à la rigueur indépendants : la *folie* paralytique et la *démence* paralytique, que cer-

tains aliénistes regardent comme deux formes pathologiques distinctes.

C'est cette raison qui nous excusera d'avoir décrit un peu longuement cette question de la dualité de la paralysie générale, question qui, selon nous, se rattache à la question des délires multiples.

§ III

DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS DANS SES RAPPORTS AVEC LES DÉLIRES MULTIPLES

1°. — DU DÉLIRE DE PERSÉCUTION ET DE SA COEXISTENCE AVEC LE DÉLIRE ALCOOLIQUE. — IMPORTANCE PRATIQUE, PRONOSTIQUE ET MÉDICO-LÉGALE DE CETTE ÉTUDE.

Nous dirons quelques mots maintenant des délires multiples pouvant évoluer chez le persécuté (type Lasègue).

1° Il y a d'abord le délire alcoolique, et cette coexistence du délire alcoolique et du délire des persécutions est importante à connaître, non seulement au point de vue du diagnostic, mais au point de vue du pronostic ; car, dans le premier cas, on devra prédire la guérison, et dans le second l'incurabilité.

Or, on sait la difficulté qu'il y a quelquefois à différencier ces deux états ; dans ces deux for-

mes psychopatiques, il y a, en effet, des idées de persécution, mais comme le fait remarquer M. le professeur Ball dans son enseignement, il y a entre les deux cette différence essentielle à tous égards, que dans un cas (délire alcoolique) c'est un simple délire de persécution symptomatique, dans l'autre (délire de persécution de Lasègue) c'est le délire systématisé, véritable entité, à évolution malheureusement trop bien connue, qui se terminera souvent par la démence.

On voit l'importance qu'il y a à différencier ces deux délires si différents, qui, disons-nous, peuvent évoluer en même temps, coexister chez le même aliéné. Lasègue, qui, le premier, a signalé la possibilité de leur association avec des observations à l'appui, a tracé de main de maître le rapprochement différentiel de ces deux états, dont le tableau vivant et saisissant peint très bien la différence profonde qui existe entre l'alcoolique persécuté et le persécuté type.

On se rappelle cette comparaison si vraie et si souvent citée du condamné et du prévenu : « L'aliéné persécuté est poursuivi par des idées tristes, mais exemptes de terreurs ; on peut même dire qu'il n'a pas de craintes ; chacune des idées et des imaginations qui le tourmentent est déjà passée à l'état de fait accompli. Les inquiétudes

sont rétrospectives ; il n'attend pas il se rappelle où il éprouve le mal dont il se plaint. C'est si on veut rendre la caractéristique du délire plus saisissante par une comparaison, un *condamné* et non un *prévenu*. »

Bien des auteurs ont depuis abordé ce diagnostic différentiel du persécuté alcoolique et du persécuté classique ; peu en ont donné une description aussi nette. Et ailleurs : « La persécution qu'on lui inflige (délirant persécuté) roule dans un cercle très restreint, très circonscrit et tout autre que celui où se meut le délire alcoolique subaigu... Elle est purement intentionnelle, elle reste dans une sorte d'atmosphère morale, elle est subjective... On le diffame, on le calomnie... mais jamais, comme nous le dira un persécuté alcoolique, on ne l'a ni frappé, ni blessé, ni encore moins mutilé. »

Je m'arrête dans cette description, elle est classique, et on pourra suffisamment, en suivant ces données, reconnaître chez un seul aliéné la présence de ces deux éléments. On pourra, quand le persécuté se sera exposé à l'intoxication alcoolique, « reconnaître les caractères des deux délires ainsi composés pour former un tout [1] ».

[1] Lasègue. *Archives de méd.*, 1867. Alcoolisme subaigu.

On trouve, en effet, dans l'auteur que nous venons de citer, deux exemples de ce délire multiple où les éléments appartenant à l'un et à l'autre des deux états sont parfaitement analysés et dissociés.

Il faut le dire, du reste, ces cas sont fréquents, et il suffit de se donner la peine de les chercher pour les trouver. Il faut surtout pouvoir observer le malade, comme pouvait le faire Lasègue, au début de sa séquestration. L'élément éthylique disparaît, en effet, quelquefois au bout de quelque temps de suppression ; c'est ce qui fait que ces coexistences sont extrêmement rares dans quelques services d'asiles, où les malades ne rentrent qu'après plusieurs jours d'internement, et très communs, au contraire, dans certains milieux cliniques, comme à l'Infirmerie spéciale où observait Lasègue, et dans certains quartiers de Sainte-Anne, comme les services de la Clinique, de l'Admission, où l'on peut observer les malades le jour même, ou les jours qui suivent leur séquestration. Au bout de quelques jours, en effet, les symptômes d'intoxication peuvent tomber, et on n'a plus alors devant soi que la vésanie primitive.

Les observations de cette variété de coexistences sont les plus communes. Outre deux exem-

ples publiés par Lasègue dans son article sur l'alcoolisme subaigu, on en trouve trois cas publiés par M. Magnan, l'un dans son travail sur l'alcoolisme [1] et deux autres dans son article des délires multiples [2]. Dericq [3] donne six observations également très convaincantes.

Nous ne publierons ici que les cas les plus nets, ceux dans lesquels le délire des persécutions alcooliques a évolué côte à côte avec le véritable délire des persécutions, sans se mélanger à lui, ceux dans lesquels les symptômes appartenant à l'un et à l'autre de ces deux états peuvent être facilement distingués. Nous n'en donnerons ici que le résumé.

— La femme M..., fille publique, trente-neuf ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 11 avril 1886, avec tous les symptômes que Lasègue a si bien décrits sous le nom d'alcoolisme subaigu. Le tableau est complet : hallucinations terrifiantes de la vue, zoopsie ; elle voit des bêtes noires qui l'empêchent de dormir, des serpents qui se glissent sous ses draps pendant son sommeil. Devant nous elle fait le simulacre d'écraser des bêtes sur le plancher, et écarte avec la main

[1] Loc. cit.
[2] Loc. cit.
[3] Loc. cit.

des insectes qu'elle voit sur sa robe. A ces symptômes d'ordre psychique se joint un *tremblement* des extrémités supérieures qui ne laissent aucun doute à ce sujet. M... avoue, du reste, des excès nombreux. Sa boisson préférée est la chartreuse ; elle en boit jusqu'à dix par jour. Depuis deux ans, M... souffre d'une *gastrite*, et a la pituite matinale classique depuis de longs mois. Jusque-là, rien que de bien vulgaire. C'est le tableau des alcooliques tels qu'on les voit à l'Infirmerie spéciale et à leur arrivée à la préfecture de police. Mais où le tableau change, c'est dans l'examen des conceptions délirantes, des idées de persécution, qu'il nous faut ici analyser avec soin pour le sujet qui nous occupe.

Notre malade a des craintes imaginaires, des idées de culpabilité imaginaire, des idées de persécution vagues dont l'origine éthylique ne fait aucun doute. Mais à côté de cela, on l'électrise, on la magnétise, on fait des pièces de théâtre avec ce qu'elle dit et ce qu'elle pense ; il y a dans la rue des affiches qui la concernent. Ce n'est déjà plus, on le voit, l'allure du persécuté alcoolique ordinaire, mais en la poussant dans son délire, on note de plus des *hallucinations de l'ouïe : ses* voix la poursuivent des injures les plus grossières, on l'appelle p... v... marm... Il y a surtout ici un

symptôme caractérisque : M... *désigne clairement un persécuteur ;* c'est un souteneur qui est l'âme du complot organisé contre elle.

Cette complexité de symptômes imposa une certaine réserve, et on se garda bien de formuler un pronostic bénin en diagnostiquant simplement une alcoolique subaiguë. — L'avenir justifia nos prévisions. — Voici les renseignements héréditaires qu'on put obtenir : enfant de l'amour et du hasard, elle n'avait jamais connu ses parents ; seulement elle avait entendu dire que sa mère avait des attaques, et que son père *tombait*. — On vit les symptômes bruyants du début tomber peu à peu. Les hallucinations visuelles, la zoopsie disparurent. Les idées vagues de persécution et de culpabilité imaginaire cessèrent peu à peu de se montrer sous l'influence de la séquestration et de la privation d'alcool ; mais les hallucinations de l'ouïe persistèrent : on l'injuriait toujours, et même à l'asile on continuait à la faire électriser par des agents. On continuait également à lui *voler ses pensées*, pour les imprimer dans les journaux.

Il ne pouvait dès lors y avoir de doute. A son entrée, la fille M... était atteinte d'un délire de persécution alcoolique et d'un délire de persécution classique. — Le premier avait cédé facile-

ment, le second avait persisté et il continuera son évolution. Cette malade a été transférée après quatre mois de séjour à Sainte-Anne, aussi hallucinée, aussi persécutée qu'au début de sa séquestration.

Il est inutile de faire ressortir ici la coexistence, l'individualité bien nette de ces deux délires. Mais il faut bien le dire, tous les cas de délire multiple n'ont pas cette régularité, schématique pour ainsi dire. — Remarquons ici l'importance qu'il y a à poser le diagnostic de cette coexistence au point de vue du pronostic, à ne pas tromper l'entourage du malade en lui faisant présager une issue favorable. Le fait suivant en est un exemple frappant :

— J. D..., cinquante ans, entre à la Clinique de Sainte-Anne, le 7 juillet 1885. — Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue, et, sous l'influence d'excès répétés et prolongés, il s'est produit chez lui un affaiblissement de toutes les facultés. Il s'est livré à des voies de fait, à des extravagances ; il a menacé sans raison différentes personnes avec un couteau qu'il tenait à la main. Depuis quelques semaines, D... ne peut plus travailler de son métier de cuisinier ; la nuit et même le jour, il est poursuivi par des hallucinations dont le caractère professionnel indique

suffisamment la source ; il entend toute la nuit le bruit du feu qui pétille, et toute la nuit il se croit occupé à ses fourneaux. Des cauchemars épouvantables ne lui laissent aucun repos. Crises nocturnes : Il se réveille la nuit en sueur, anxieux et criant de toutes ses forces : « A l'assassin, à l'assassin ! » Des ennemis sont continuellement cachés sous son lit. Il se levait la nuit en sursaut, se barricadait chez lui, et faisait tant de vacarme en luttant contre des brigands imaginaires, que des voisins l'ont dénoncé au commissaire de police, qui a procédé à son internement.

On reconnaît facilement dans tout cela le cachet de l'alcoolisme ; mais à ces crises nocturnes, à ces hallucinations terrifiantes et professionnelles se joignent d'autres symptômes étrangers. Des hallucinations de l'ouïe se mêlent aux hallucinations de la vue, ainsi que des idées de persécutions et des interprétations délirantes qui ont fait ajourner le diagnostic.

En effet, au bout de quelque temps, les troubles dus à l'alcoolisme disparurent en partie, mais les hallucinations de l'ouïe, loin de disparaître, prirent un caractère qui ne permirent plus de doute sur la coexistence de délire des persécutions.

Malgré son internement, on l'injuriait pardessus les murs, on lui envoyait des décharges

électriques à toute heure du jour et de la nuit, et lorsqu'on essayait de le convaincre de la fausseté de ses conceptions délirantes, il répondait par cette parole si caractéristique et qui prouve bien la ténacité des idées de persécution chez les persécutés : « Vous savez bien que tout ce que je vous dis est vrai ; pourquoi en doutez-vous? »

Il a été transféré quelques semaines après son entrée, guéri de son alcoolisme, *mais toujours persécuté.*

Nous donnons ensuite le résumé d'une troisième observation où cette coexistence du délire de Lasègue et du délire alcoolique est moins nette, mais aussi plus rare et plus intéressante : la malade en question se trouvait dans cette phase de transition, où, placé sous le coup d'idées de persécutions et d'idées ambitieuses, le persécuté est sur le point d'entrer de plein pied dans la mégalomanie, c'est-à-dire dans la persécution ambitieuse. Cependant nous avons pu dissocier les éléments qui appartenaient à l'un et à l'autre de ces deux états, et notre diagnostic a été confirmé par l'expectation.

— La femme B..., marchande ambulante, entrée pour la première fois en 1874, à n'en pas douter, est une ancienne alcoolique. Le premier certificat d'entrée, signé à cette époque de Lasègue,

est en effet ainsi conçu : « Cris, agitation, excitation maniaque, habitudes alcooliques. » Elle présente, du reste, tout le cortège des symptômes de l'alcoolisme sur lesquels je n'insisterai pas. Elle sort une première fois, quelques mois après son entrée, sans avoir présenté d'autres manifestations que les manifestations alcooliques... Quelques années se succèdent alors pendant lesquelles elle a continué à boire et pendant lesquelles le délire alcoolique s'est vraisemblablement montré à plusieurs reprises; mais pendant ce temps aussi, sans qu'on soit autorisé à chercher un facteur étiologique dans l'alcool, a évolué sourdement le délire des persécutions, qui la ramène pour la seconde fois à Sainte-Anne longtemps après, en 1884, le 16 novembre. Elle présente en ce moment de l'agitation maniaque, de l'excitation turbulente, de la loquacité, de la volubilité, dues évidemment à l'alcoolisme comme à sa première entrée, avec des troubles somatiques dont l'origine n'est pas douteuse : tremblement des mains, etc.

Mais, en plus de ces symptômes, qui ont cédé au bout de quelques jours de séquestration, apparaissent des troubles psychiques dont l'origine n'est évidemment pas la même, et doit être recherchée non dans une intoxication, mais dans

l'hérédité. Du reste, les troubles psychiques en question, imputables à un délire de persécution coexistant déjà ancien, ont continué à évoluer. « La police, disait-elle, avait juré sa perte, mais le maréchal de Mac-Mahon la protégeait. » Ces idées mixtes de persécution et de grandeur ont continué leur cours ordinaire. La malade, qui a franchi peu à peu les premières étapes du délire de persécution, est plutôt actuellement sur les confins de la mégalomanie et de la démence[1]. Elle n'est plus alcoolique, elle est *toujours* sous l'influence du délire de persécution, à la phase terminale, de démence.

Nous demanderons la permission de terminer l'étude de la coexistence du délire de persécution avec l'alcoolisme par une observation probante à tous égards. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, B..., entré à la clinique dans le courant du mois de mai, et qui nous a présenté d'une façon presque schématique un exemple de ce délire multiple, sans parler des symptômes

[1] Cette observation prouve une fois de plus que la transformation syllogistique du délire des persécutions en délire ambitieux n'a pas la constance, la régularité, la fixité, la marche schématique que se sont plus à lui donner, certains auteurs. En effet chez cette malade, la démence est arrivée, après une période de transition, dans laquelle les idées de persécution et de grandeur s'entremêlaient, et sans qu'il y ait eu à proprement parler une phase isolée de mégalomanie.

secondaires, et qui porte pour ainsi dire la marque de fabrique des deux sortes de délires précités. Il nous a été possible, en nous basant exclusivement sur le caractère des idées de persécution, et en invoquant le magistral exposé symptomatique et différentiel de Lasègue, d'arriver à faire la part, chez notre malade, du délire de persécution vésanique et du délire de persécution alcoolique.

Mais, avant d'entrer dans la discussion des symptômes observés, nous devons entrer dans quelques détails touchant ses antécédents personnels et héréditaires. Son père jouit d'une bonne santé habituelle, et semble au point de vue cérébral être très suffisamment doué : comptable dans une grande maison de commerce, il n'a jamais donné aucun signe de déséquilibration mentale. Sa mère semble avoir été sujette à des attaques de nerfs ; elle ne paraît pas cependant, c'est du moins ce qui résulte des renseignements fournis, avoir jamais eu des attaques de *grand mal*.

— Notre malade est le cinquième enfant de cette famille ; il a quatre frères qu'on nous a dit être d'un caractère irritable, violent parfois. Néanmoins ils n'ont jamais rien présenté au point de vue mental, et nous devons même ajou-

ter qu'ils occupent tous de hautes positions, soit dans l'armée, soit dans les professions libérales. Ils nous ont du reste paru d'une intelligence bien au-dessus de la moyenne; personne dans la famille ne paraît avoir été enfermé dans une maison de santé. Néanmoins nous ne pouvons rien affirmer, car, ainsi que le fait se présente souvent, lorsqu'on cherche à obtenir des renseignements héréditaires, nous nous sommes heurté à une certaine réticence, qui renferme peut-être, à ce point de vue, des sous-entendus, qu'il nous a été impossible d'éclaircir.

Quoi qu'il en soit, que notre malade soit un héréditaire ou non, dès l'âge de vingt-trois ans, au dire de son père, il a commencé à se croire persécuté par son entourage, par sa famille même; toutes les fois qu'il lui arrivait ce que son père appelle ses *idées de vexation,* il s'en prenait alors à tout le monde. B... ne pouvait sortir dans la rue, sans provoquer immédiatement les conversations des passants sur son compte, sans attirer sur lui les regards malveillants des promeneurs qui se mettaient à chuchoter entre eux toutes les fois qu'il lui arrivait de les approcher. Il poussait si loin ses *idées de vexation* que ses parents mêmes, ses frères n'échappaient point à ses récriminations. Néanmoins on ne fut pas

obligé à ce moment de le faire séquestrer. Il se manifesta même chez lui une accalmie telle qu'il put mener à bien ses études de droit, et, après des examens brillamment passés, il obtint au tribunal de la Seine une place importante, et très suffisamment rémunérée.

Cinq ans se passèrent ainsi, pendant lesquels, sans présenter de conceptions véritablement délirantes, sa *manie du soupçon* le fit côtoyer de bien près la folie, lorsque enfin ses idées délirantes longtemps contenues firent explosion.

Il rentra un jour chez lui, raconta à sa domestique que des ennemis invisibles le poursuivaient sans cesse; il s'en prenait surtout à la police et à des agents qui l'invectivaient depuis trop longtemps, pour que cela pût durer. Nous arrivons ici au point intéressant de notre observation, car nous allons voir un nouvel élément venir se joindre à l'élément vésanique préexistant. Disons que B... ne fut jamais un buveur, mais sous l'influence de ses préoccupations délirantes qui l'assiégeaient jour et nuit, afin, nous l'avoua-t-il lui-même plus tard, de puiser des forces pour la lutte contre ses persécuteurs, il se laissa aller subitement à des excès de boisson répétés. Ses excès ne durèrent que huit jours, mais ne tardèrent pas à porter leurs fruits. Une nuit même

il lui arriva de boire une quantité de cognac qu'il évaluait approximativement à quinze petits verres. Sous l'influence d'un pareil *modus vivendi* il ne tarda pas à présenter des symptômes d'ordre absolument nouveau. Aux hallucinations de l'ouïe nettement caractérisées qu'il avait présentées jusqu'alors, se joignirent des accidents qui portaient la signature évidente de leur origine : La nuit, il voyait des assassins qui pénétraient chez lui, le provoquaient et allaient même jusqu'à le frapper; si nous ajoutons à ce tableau que B... présenta du tremblement et de la *zoopsie*, il nous sera aisé de voir qu'il fut en proie alors à une crise de délire alcoolique. Mais un accident sur lequel nous voulons insister, en raison de sa valeur séméiologique dans un cas aussi complexe, c'est une tentative de suicide qu'il fit au milieu de son accès d'alcoolisme subaigu. Se croyant *filé* par la police, pour échapper à ses persécuteurs imaginaires, qu'il voyait distinctement le poursuivre, il enjamba le parapet d'un pont, et se jeta dans la Seine, bien sûr que là on ne le poursuivrait plus. Repêché par des mariniers, il fut envoyé à l'Infirmerie Spéciale, et de là, dirigé à Sainte-Anne, où nous fûmes appelé à l'examiner.

Devant nous, il prétendit que le préfet de po-

lice C... ne lui laissait aucun répit et lui adressait les plus grossières injures. Il nous avoua même, à ce propos, montrant par là qu'il avait déjà personnifié son délire, qu'il avait essayé à plusieurs reprises de se débarrasser de son *persécuteur*, ajoutant qu'il l'avait manqué deux fois, mais qu'il saurait bien plus tard se débarrasser de lui, car, nous disait-il, ce c... me rend la vie insupportable depuis trop longtemps.

Voici les faits : d'après nos simples exposés, il nous est facile de faire la part des deux états, *vésanique* et *toxique*, qui se disputent notre malade, et de dissocier les différents symptômes qui appartiennent et à l'un et à l'autre. Les hallucinations de l'ouïe, les idées de persécution systématisées, la personnification du délire appartiennent évidemment au délire de persécution de Lasègue ; d'autre part les idées de persécution fugaces, les craintes imaginaires, les hallucinations terrifiantes de la vue, les crises nocturnes font partie du tableau symptomatique de l'alcoolisme subaigu.

Ce n'est pas tout ; nous avons, dans *les tentatives de suicide et d'homicide*, des caractères différentiels sur lesquels nous ne saurions trop insister : sous l'influence de ses hallucinations de l'ouïe, se comportant en *persécuté* classique,

B... a cherché à maintes reprises à se faire justice lui-même. Sous l'influence de ses hallucinations de la vue, éperdu, il a cherché comme *l'alcoolique* vulgaire, à se détruire, et s'est jeté dans la Seine à deux fois. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la valeur séméiologique différentielle de ces deux symptômes qui affirment si nettement, même en dehors de tout le tableau symptomatique exposé plus haut, la coexistence de l'alcoolisme, et de la maladie de Lasègue, c'est-à-dire du délire de persécution.

Nous étions donc autorisé, en pareil cas à poser le diagnostic de délire multiple, en nous basant surtout sur ce fait qui, du reste a été signalé avant nous, que *le persécuté alcoolique se tue, et que le persécuté vésanique tue.*

Nous ne pouvions donc pas hésiter à voir chez B... un *persécuté type Lasègue*, doublé d'un *persécuté alcoolique.*

L'événement justifia du reste nos prévisions, et comme nous l'avons établi au début de notre travail, la thérapeutique fut pour nous ici une véritable pierre de touche. Sous l'influence de la séquestration et de la privation de stimulants alcooliques, B... se vit bientôt délivré de ses insomnies et de son éthylisme ; il n'en a pas été de même de son délire de persécution. Après un

long internement, le malheureux B... est toujours aussi halluciné et aussi persécuté. Et nous sommes sûr de ne pas être trompé dans nos prédictions en affirmant que l'état vésanique continuera à évoluer fatalement, quoi qu'on fasse.

Nous nous arrêtons là. Nous ne voyons aucun intérêt à publier d'autres observations. Qu'il nous suffise de savoir que non seulement les coexistences d'un délire étranger chez les persécutés sont communes en clinique, et qu'elles posent non seulement un grand problème diagnostic et pronostic, mais aussi un certain intérêt médico-légal de premier ordre. En effet. qu'un alcoolique commette un délit quelconque sous l'influence de ses idées de persécutions ; il bénéficiera évidemment de son état délirant ; mais, avec la sévérité qu'on montre avec raison dans les tribunaux contre les *délires acquis,* l'intoxication alcoolique, en particulier, on aura au contraire des tendances à regarder l'alcoolisme, seulement comme une petite excuse, mais non comme entraînant l'irresponsabilité. Mais si, cet alcoolique est par surcroît un persécuté (type Lasègue) et qu'il frappe, par exemple, son persécuteur, oh ! alors, il n'y a plus seulement excuse, mais irresponsabilité entière. On voit quelle importance peut avoir, dans les cas de ce genre, une coexis-

tence de deux délires chez un seul et même individu.

2°. — ASSOCIATION CHEZ UN MÊME MALADE DE LA MALADIE DE LASÈGUE OU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE HÉRÉDITAIRE.

Il y aurait à étudier ici l'association du délire des persécutions avec l'état de dégénérescence mentale, avec ce délire fugace des héréditaires dont nous avons parlé au début de cet article et dont nous avons esquissé les principaux traits.

Doit-on regarder ici ces deux états, dégénérescence mentale et délire des persécutions, comme deux éléments surajoutés quand ils se trouvent chez le même individu?

C'est là, selon nous, le point peut-être le plus obscur dans la question des coexistences.

Il est incontestable que le délire des persécutions peut se trouver chez un débile, nous en avons observé plusieurs exemples, mais doit-on voir là deux états différents, deux états indépendants l'un de l'autre?

Nous ne le croyons pas. Il est évident que chez le débile le délire des persécutions se ressentira à un très haut degré du terrain, et que dans son évolution il n'aura pas les mêmes

allures que le délire des persécutions évoluant chez un autre individu. Mais doit-on conclure de ce fait qu'il y a coexistence des deux états différents chez un même individu? Nous croyons qu'en pareil cas c'est une véritable combinaison, un état mixte; c'est seulement un délire de persécution, qui, poussant sur un terrain spécial, aura une allure spéciale, et c'est tout.

Effectivement, chez un débile, le délire des persécutions revêt un fond de niaiserie, de bêtise, qu'il n'a pas chez un autre individu : les persécutions rouleront dans un cercle invraisemblable, et les conceptions ambitieuses de la période avancée auront parfois une niaiserie telle qu'elles pourraient en imposer et faire hésiter le diagnostic par leur ressemblance avec le délire des grandeurs des paralytiques généraux. L'examen plus approfondi et surtout l'état physique écarteront vite ce diagnostic. Mais enfin, dans tout cela le terrain de débilité mentale imprimera simplement un cachet particulier au délire des persécutions : le fond du délire reste toujours le même avec ses quatre périodes.

En un mot, on a alors sous les yeux un délire de persécutions évoluant chez un dégénéré, mais on n'a pas deux états différents.

Aussi, ne regardant pas cet état mixte comme

formé de deux éléments coexistants ayant chacun leur allure propre, mais bien comme un hybride, nous n'en parlerons pas.

Du reste, c'est là, je crois, une simple question de mots, à laquelle il ne faut pas accorder plus d'importance qu'elle n'en mérite [1]. Ce qu'il faut seulement ne pas oublier, c'est qu'en pareil cas le délire des persécutions se recouvre d'un vêtement qu'il emprunte au terrain de dégénérescence, mais que le squelette reste le même.

Cette allure, cette marche assez particulière du délire des persécutions chez le débile, chez le dégénéré, a été décrite par certains auteurs sous le nom, assez impropre de *délire à évolution chronique*, car nous avons vu qu'au fond les grands linéaments étaient absolument les mêmes, que dans le délire des persécutions (type Lasègue).

Il est en effet difficile de décrire à part chez un persécuté les symptômes dépendant de son état de dégénérescence coexistante. Cependant nous verrons plus loin que, quand cette dégénérescence mentale se manifeste par les états si par-

[1] Dericq, qui décrit cet état comme une coexistence, donne une observation détaillée et intéressante du délire des persécutions chez un débile, qui montre bien le caractère qu'il revêt en pareil cas. (Voir loc. cit., p. 43.)

ticuliers que M. Magnan y a fait rentrer sous le nom d'états syndromiques, elle peut être individualisée, et séparée du délire de persécution. Nous en donnerons plus loin un exemple qui ne laisse aucun doute sur cette coexistence possible.

3° — COEXISTENCE DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS ET DU DÉLIRE ÉPILEPTIQUE

Nous devrions parler ici du troisième état délirant pouvant coexister avec le délire des persécutions, l'*épilepsie* chez les dégénérés, bien qu'il soit beaucoup plus rare que les deux précédents. Etant donné son importance médico-légale, cette coexistence est peut-être la plus importante à connaître. Seulement, pour éviter d'inutiles répétitions, nous renvoyons au chapitre suivant où nous traiterons de la coexistence possible, chez un épileptique, d'un délire étranger au mal comitial.

CHAPITRE III

DE L'ÉPILEPSIE, DU DÉLIRE ÉPILEPTIQUE

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA QUESTION DES DÉLIRES MULTIPLES

Nous arrivons maintenant à l'étude du délire multiple, dans lequel l'épilepsie se présente comme l'élément important. On peut en effet, voir chez un épileptique, bien des états étrangers à cette affection, évoluer sans mêler leurs symptômes aux troubles de nature comitiale.

§ I

COEXISTENCE DE L'ÉTAT DE DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE HÉRÉDITAIRE ET DU DÉLIRE ÉPILEPTIQUE

Il y a d'abord chez presque tous les épileptiques un fond de dégénérescence mentale que l'on ne peut pas regarder comme un élément surajouté, puisqu'il fait, pour ainsi dire, partie de cet état mental, dans le morbus sacer. En effet, à part quelques rares exceptions, on

peut dire, sans être taxé d'exagération, que formuler le diagnostic d'épilepsie, c'est formuler implicitement, du moins dans une certaine mesure, le diagnostic de dégénérescence mentale. Remarquons que nous disons dégénérescence mentale et non débilité mentale.

On a pu voir des épileptiques, l'histoire a donné des noms, et nous en connaissons tous, qui ne sont nullement des inférieurs intellectuellement parlant. Mais ils seraient alors, à part quelques exceptions, des dégénérés. Or on sait que, parmi les dégénérés, il peut y avoir des anormaux à intelligence très brillante et très développée (dégénérés supérieurs de Magnan), des génies même (Moreau, de Tours), en dehors de la grande classe des débiles (dégénérés inférieurs de Magnan). Ainsi comprise, on peut dire que la dégénérescence mentale forme le fond de l'état mental de presque tous les épileptiques.

On doit donc voir dans cet état de dégénérescence mentale de l'épilepsie, plutôt une conséquence forcée, une véritable règle, que deux modalités délirantes, de nature différente, évoluant chez un même individu.

Aussi contentons-nous de dire ici, que la dégénérescence mentale, comprise dans le sens que nous lui donnons, a été admise par tous les

auteurs comme pouvant faire le fond de l'état mental de l'épileptique. — Quant à nous, sur *21* épileptiques hommes et *11* épileptiques femmes, que des troubles psychiques avaient amenés à Sainte-Anne, en 6 mois, et que nous avons eu occasion d'observer, nous avons recherché cette dégénérescence mentale, en nous basant soit sur des signes de débilité mentale, soit sur des signes physiques et psychiques de dégénérescence héréditaire. Or il nous a été possible de la retrouver nettement chez *15* hommes et *4* femmes.

Une moyenne si forte prouve que, loin d'être une exception, cette association est plutôt la règle chez les épileptiques. Et nous ne devons plus dès lors y voir une coexistence.

Cependant, nous dirons ici pour l'épilepsie ce que nous disions pour le délire des persécutions, quand l'accumulation héréditaire se manifeste chez un individu par l'explosion des accidents impulsifs, anxieux, si particuliers, on doit regarder ces états impulsifs, anxieux, comme de véritables complications, comme de véritables éléments surajoutés. Nous avons observé un cas de ce genre très caractéristique, mais pour ne pas nous exposer à d'inutiles répétitions, comme il y avait dans l'espèce également coexistence de délire de persécution, nous donnerons cette

observation quand nous traiterons tout à l'heure de la complication de l'épilepsie par le délire de Lasègue. Nous voulons parler de E..., dont nous donnons plus loin l'observation.

§ II

ÉVOLUTION SIMULTANÉE DE L'ALCOOLISME ET DE L'ÉPILEPSIE, DU DÉLIRE ALCOOLIQUE ET DU DÉLIRE ÉPILEPTIQUE. — LEUR ASSOCIATION CHEZ UN MÊME SUJET. — OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Tout autre est l'association de cette névrose avec l'alcoolisme. On doit, en effet, voir entre le délire épileptique et le délire alcoolique une véritable coexistence. Sous ce rapport on peut dire que de tous les délires multiples, celui qui est constitué par la présence, chez le même individu, du mal comitial et de l'alcoolisme représente non seulement un fait clinique vrai, mais un fait clinique de la plus haute importance pratique. Nous voulons parler des considérations médico-légales que ce délire multiple en question soulève.

Lasègue le premier, comme nous l'avons vu, dès 1868[1], avait donné des exemples de ce dé-

[1] Loc. cit. et *Études médicales*, p. 174, II.

lire multiple où l'on voyait les deux ordres de symptômes ayant pourtant de si grands points de ressemblance, parfaitement analysés et dissociés. Et cependant ce n'est pas toujours chose facile. Dans les deux états, en effet, on trouve des hallucinations terrifiantes de la vue, « des conceptions saisissantes et mobiles, et dans les deux, les actes sont en rapport avec le délire[1] ».

Car, en effet, les attaques ne seront pas toujours un moyen de reconnaître l'épilepsie; l'alcoolisme provoque quelquefois des accès convulsifs, en tout semblables aux attaques comitiales, lesquelles, pour Lasègue, peuvent même « entraîner une perte passagère de conscience ».

Cependant, les *fugues impulsives*, dans le cas de la névrose, et les crises nocturnes, la zoopsie, les troubles physiques dans l'alcoolisme, et surtout le critérium thérapeutique, aideront beaucoup à reconnaître ces deux états.

Mais il y a surtout un point qui ne trompera jamais, sur lequel MM. Magnan et Dericq insistent beaucoup dans leurs articles sur les coexistences, c'est l'*inconscience absolue de l'acte* comitial. Dans l'alcoolisme, au contraire, le délire sera toujours *conscient,* et le malade en gardera toujours le souvenir.

[1] Loc. cit.

C'est ainsi que dans un délire multiple de cette catégorie (alcoolisme et épilepsie), l'ictus comitial marquera surtout sa place au milieu de l'évolution des symptômes éthyliques par la perte du souvenir. — Nous avons vu que Lasègue admettait également une inconscience passagère dans l'*épilepsie alcoolique*, mais cette opinion n'est pas généralement admise, et l'inconscience restera toujours comme le cachet d'un délire comitial.

Nous nous rappelons, qu'à plusieurs reprises sur ce simple signe, *l'inconscience de l'acte, pendant* le cours d'un délire alcoolique, nous vîmes porter le diagnostic d'ictus épileptique intercurrent, justifié plus tard. Nous nous rappelons, entre autres cas, un alcoolique qui, au milieu d'une crise d'agitation maniaque provoquée par l'alcool, s'était fait une coupure au poignet. Lorsqu'on l'interrogeait sur cette blessure, il répondait qu'il pensait s'être fait là une brûlure, mais qu'*il ne se rappelait rien*. Sur ce seul fait d'inconscience, qui n'avait cependant pas duré plus d'une minute, on put diagnostiquer un ictus comitial chez un alcoolique, diagnostic qui fut confirmé par l'apparition de grandes attaques ultérieures.

La coexistence de ces deux délires est impor-

tante à connaître, car il résulte d'une statistique que nous avons faite à ce sujet, qu'elle est extrêmement fréquente, et que le clinicien doit toujours la rechercher chez un épileptique.

A quoi doit-on attribuer cette fréquence de l'alcoolisme chez les comitiaux ? Est-ce, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, parce qu'il présente très souvent en même temps un état mental spécial aux dégénérés, état qui le pousse à boire ? ou bien doit-on voir dans cette intoxication un effet de leur névrose, qui par des impulsions inconscientes les pousse aux excès de boisson, et les rend alcooliques ? Ces deux ordres de causes doivent probablement entrer également en ligne de compte.

Quoi qu'il en soit, sur *38* épileptiques hommes et femmes amenés à la clinique de Sainte-Anne pour troubles psychiques et que nous avons examinés au point de vue des complications du mal comitial par l'alcoolisme, nous avons relevé *12* cas où l'élément alcoolique s'était nettement montré : *11* cas chez les hommes, *1* cas seulement chez les femmes. Nous avons éliminé, en faisant cette statistique, tous les cas où il n'avait pas été possible de découvrir des manifestations évidentes et claires d'intoxication alcoolique.

Cette statistique montre suffisamment jusqu'à

quel point cette coexistence est commune en clinique, puisqu'elle se montre chez plus d'un tiers des épileptiques. Cette tendance à rechercher l'alcool chez les épileptiques est d'autant plus funeste que les abus de boissons provoquent des crises chez la plupart d'entre eux, à un tel point qu'il y a des comitiaux « qui comptent leurs attaques par le nombre de *ribotes*, selon leur expression, qu'ils ont faites[1] ».

Nous ne donnerons pas ici les 12 cas que nous avons recueillis ; nous publierons seulement les observations où nous avons pu nettement dissocier chez un même individu les deux éléments, comitial et alcoolique. Les voici en résumé :

— A..., trente-neuf ans, est un buveur émérite que ses excès alcooliques ont fait séquestrer sept fois dans les asiles d'aliénés. Lorsqu'il est entré pour la première fois à Sainte-Anne en 1882, on portait sur son certificat : Hallucinations de la vue, excès alcooliques. Mais l'*amnésie* touchant certaine particularité relative à son entrée, et comprenant seulement quelques moments, fit porter le diagnostic d'épilepsie. — A sa seconde entrée on mentionna des vertiges et des attaques comitiales en plus des troubles alcooliques : au milieu

[1] Magnan. *De l'alcoolisme*, p. 267.

des renseignements précis qu'il donne, il existe des lacunes dues évidemment à l'inconscience épileptique. — Après quatre autres entrées, toujours motivées par ses excès alcooliques, il rentre une septième fois à la Clinique, le 29 juillet 1886. Il présente en ce moment au grand complet le tableau de l'accès subaigu de l'alcoolisme chronique. Il a de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des hallucinations de la vue, visions d'animaux, etc. Les troubles physiques ne font pas défaut non plus : tremblement des mains et de la langue... Il s'était présenté la veille au poste du Panthéon, portant un pavé dans son mouchoir, et disant qu'il voulait tuer toutes les personnes qui voudraient l'empêcher de prendre le train à la gare Montparnasse. Il raconte bien ces faits, seulement quand on l'interroge sur d'autres particularités de son histoire, il accuse une *inconscience absolue*. — Ce malade urine au lit et a des attaques convulsives.

Il est facile de voir dans l'observation de ce malade ce qui se rapporte au mal comitial et à l'alcoolisme. C'est ainsi que le fait de se présenter au poste du Panthéon, scène dont il a du reste le souvenir, est typique et caractéristique de l'alcoolisme subaigu. L'amnésie touchant certains autres actes délirants de sa vie

porte au contraire la signature du mal comitial.

Nous allons donner maintenant l'observation d'un épileptique alcoolique chez qui les manifestations comitiales étaient absolument couvertes à son entrée par le cortège des symptômes bruyants de l'alcoolisme :

— G. D..., trente-sept ans, a déjà fait un premier séjour, en 1885, à l'asile de Ville-Evrard, pour un délire alcoolique extrêmement violent, se manifestant par des cris et des chants, et par une agitation désordonnée des mouvements. Il ne paraissait pas à ce moment, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, avoir présenté des phénomènes d'ordre comitial.

Palefrenier de son état, il faisait de nombreux excès de boisson, qu'il a continués à sa sortie, et qui ont nécessité une seconde, puis une troisième fois sa séquestration dans les circonstances suivantes : en allant à son travail le matin, après avoir fait de nombreuses libations la veille, il fut pris tout à coup d'un accès de délire alcoolique intense ; boulevard Barbès, il se mit subitement à gesticuler et à crier : « Tous sont des assassins, depuis Rothschild jusqu'au dernier. Celui qui m'approche, je le tue. » Six agents qui vinrent pour l'emmener au poste furent successivement bousculés et piétinés. On parvint enfin à

le maîtriser et à l'emmener au poste, puis à l'Infirmerie Spéciale, d'où il fut mené à la Clinique. A son arrivée il est dans un état d'agitation maniaque extraordinaire qui l'empêche de répondre aux questions ; incohérent, il crie à tue-tête qu'il est roi de France et qu'il va tout faire bombarder ; il porte les marques de plaies sur la face et sur les membres. Au bout de quelques jours de séquestration, D... répond à l'interrogatoire ; il raconte la scène de pugilat qui a motivé son arrestation et *s'en rappelle très bien* tous les incidents. Au contraire, quelques faits se rapportant à son passage à l'Infirmerie spéciale, à son séjour au poste, lui ont échappé complètement, amnésie, qui trouve son explication dans la constatation de vertiges et d'attaques franchement épileptiques, qu'il a eues depuis son entrée dans le Service.

Il y a dans l'histoire de cet épileptique alcoolique un fait sur lequel je ne saurais trop insister, parce qu'il a un intérêt médico-légal de la plus haute importance.

G... s'est livré à des voies de fait sur des sergents de ville, et l'un d'eux, qui a reçu un coup de genou, a été grièvement blessé, dit le rapport. G... avait deux internements dans un asile d'aliénés, et de ce chef, il n'a même pas

été en prévention, et a bénéficié de ses certificats antérieurs d'aliénation. Mais que ce malade ait été poursuivi conformément aux lois, quel aurait été le rôle de l'expert chargé d'apprécier sa responsabilité ?

C'est là précisément qu'apparaît l'importance de la connaissance de ces délires d'origine différente pouvant évoluer chez le même individu.

En effet, on a vu que G... se *rappelait* tous les détails de la scène de pugilat dans laquelle il avait assommé un sergent de ville. Bien que dûment épileptique, on était forcé de ne pas voir dans cet acte une *impulsion comitiale*, puisqu'il n'y avait pas inconscience, et que, d'autre part, ce même acte avait tous les caractères d'un acte d'alcoolique : accompagnements d'idées niaises de grandeur, attaques, violences, etc.

On comprend alors, dans l'appréciation de la responsabilité, la différence qu'il doit y avoir entre un délit provoqué par l'alcoolisme et un délit inconscient provoqué par l'épilepsie. Celui-ci entraînera toujours (c'est l'avis du moins des tribunaux français) l'irresponsabilité pleine et entière du prévenu. Mais il n'en sera pas de même d'un acte délictueux causé par l'alcoolisme : les magistrats français ont tendance à voir dans un délire, qui, en somme, est un délire ac-

quis, moins un agent d'irresponsabilité, qu'une légère excuse.

Voici une troisième observation d'épileptique alcoolique chez qui l'ictus initial se montrait surtout sous forme de délire d'action, d'impulsion, etc. Elle concerne un malade que nous avons pu suivre pendant six mois, et chez qui, on put également dissocier ces deux éléments : épilepsie et éthylisme.

— V..., trente-trois ans, employé de commerce, hérédité : Père mort à soixante-trois ans d'une attaque d'asthme. — Mère vivante et bien portante : maux de tête fréquents qui lui arrachent des cris. — Enfant, à douze ans, il avait de fréquents écoulements d'oreilles ; scrofule probable. — N'a pas connu ses grands-parents.

Voici les renseignements concernant son histoire antérieure à son entrée à Sainte-Anne :

V... a des attaques d'épilepsie depuis l'âge de dix-sept ans. Il se réveille souvent la nuit, saute hors de son lit, frappe les objets qui sont devant lui, se promène dans sa chambre en poussant des cris qu'on entend de chez les voisins, — ce délire d'action dure deux ou trois minutes — puis V... se recouche.

Fugues. — Plusieurs fois V... est revenu à son domicile tout meurtri, tout contusionné. Lors-

qu'on lui demandait la cause de ses blessures, il répondait : On m'a battu, mais je ne connais ni la personne qui m'a frappé, ni dans quelles conditions on m'a frappé...

Un dimanche V... est allé dans une église au milieu de la messe pour chercher sa fille qui s'y trouvait. Il a tout bousculé, a renversé les chaises et les personnes qui étaient devant lui, en poussant de grands cris. Le prêtre a interrompu la messe. Plusieurs personnes aidées du sacristain l'ont alors saisi et frappé, croyant avoir affaire à un homme ivre. Au dire de sa belle-mère, il fut couvert de coups et de contusions à la suite de cette sortie. La terreur qu'il occasionna fut telle que tout le monde prit la fuite. Conduit chez le commissaire de police, il fut réclamé par sa femme et relâché. Interrogé sur les détails du scandale qu'il avait fait à l'église, V... répondait qu'*il ne se rappelait rien*.

Au magasin où V... était employé, on l'appelait le *danseur* en raison des actes auxquels il se livrait par instants. Plusieurs fois, en effet, il lui est arrivé de sauter sur le comptoir devant les clients, en proférant des paroles bizarres et sans suite. Au bout de trois à quatre minutes, il en descendait, et lorsqu'on l'interrogeait en lui demandant pourquoi il se livrait à de telles acrobaties,

paraissant tout surpris d'une pareille question. V... répondait en *balbutiant qu'il ne savait pas.*

En dehors de ce délire d'action, l'accès comitial a revêtu plusieurs fois, pendant qu'il était employé dans ce magasin, la forme de crises *convulsives* ordinaires. Son patron a dû alors se priver de ses services pour ne pas perdre sa clientèle.

Impulsions. — Plusieurs fois aussi, sous l'influence de l'ictus épileptique, V... a frappé dans la rue des gens inoffensifs. Parmi ceux-ci, quelques-uns comprenant qu'ils avaient affaire à un aliéné, se contentaient de le tenir en respect, mais plusieurs fois on lui rendit les coups qu'il portait, et, maintes fois, il est revenu au logis la figure et les mains ensanglantées.

Les accès le prenaient souvent, surtout un mois avant son entrée à la Clinique, et aussi bien le jour que la nuit, mais surtout la nuit. En dehors de la forme convulsive ordinaire, ses attaques se sont souvent manifestées par un simple délire des actes :

S'il était assis, V... se levait, brandissait sa chaise, frappait et cassait les objets qui se trouvaient à sa portée.

S'il était couché, il se levait hors de son lit, faisait le tour de la chambre en gesticulant et venait

se recoucher, ou bien frappait son oreiller en prononçant des paroles sans suite et incompréhensibles.

V... faisait un tel vacarme que les voisins ont porté plainte au commissaire de police, qui, à plusieurs reprises, a dû faire des remontrances à la famille.

Voilà les renseignements que nous avons eus sur son état avant son entrée dans l'asile.

Déjà séquestré en 1884, il était resté cinq mois dans le service de M. le professeur Ball.

A sa seconde entrée le 7 mars 1886, où nous pûmes l'observer, voici les symptômes qu'il nous présenta :

L'ictus comitial se manifeste sous forme soit d'*attaque convulsive*, soit de *vertige* simple, et plus souvent encore sous forme de *troubles psychiques*. Ceux-ci, comme il était à penser d'après les renseignements qui précèdent, consistent également en *impulsions, fugues*, *hallucinations*.

Mais ce sont surtout les troubles psycho-sensoriels qui nous intéressent ici, en raison des nombreux excès de boisson que le malade avait faits. La belle-mère de V... nous apprit dans la suite que, depuis sept ou huit ans, il faisait journellement de nombreux excès d'eau-de-vie et d'absinthe.

En effet, c'est dans les hallucinations que nous avons eu la preuve la plus intéressante de la coexistence de l'alcoolisme chez notre épileptique.

Par moments, *le jour,* en pleine visite, le phénomène des hallucinations revêtait franchement le caractère comitial, qui est si difficile à différencier dans la plupart des cas. Il quitte sa place, s'agite, bouscule les autres malades. Fixant un point dans l'espace, V... s'excite, devient rouge de colère et s'écrie : « Mais c'est étonnant, je vois M. B... » Il se calme enfin, et lorsqu'on lui demande ce qui vient de se passer, il répond évasivement.

On reconnaît là dans ces hallucinations ayant lieu *le jour,* accompagnées de mouvements violents et de la perte du souvenir, le caractère *sacré.*

Mais, à côté de ces hallucinations *diurnes*, il a, *la nuit,* des hallucinations qui nous paraissent avoir franchement le caractère éthylique : visions d'animaux, cauchemars, chute dans des précipices. — Ces hallucinations nocturnes, le malade *s'en souvient*, et en donne le détail, tandis qu'au contraire, il n'en est pas de même de son délire d'action.

Délire d'action. — Il se lève la nuit, dans la salle, tourne autour de son lit pendant deux ou trois minutes, frappe son oreiller en criant qu'il

va tuer le Dr L... (Le docteur L... est le médecin qui lui a dit que sa femme était atteinte d'une maladie mortelle.) — *Nul* souvenir de ces actes.

Pendant la visite, à plusieurs reprises, nous l'avons vu traverser le jardin en courant et poussant une exclamation inintelligible, puis venir se rasseoir sans *rien* se rappeler. — Très irascible, V... s'est livré quelquefois à des scènes d'une extrême violence contre les gardiens, contre les autres malades.

V... a eu, du reste, des attaques comitiales qui ont présenté le caractère classique.

Troubles de la motilité. — Tremblement des membres : sa marche est hésitante et incertaine ; ce tremblement ne se montre pas toujours avec la même intensité.

Il s'accentue dans la marche ; il devient plus sensible quand il croise les jambes.

Tremblement des mains. — Il ne peut pas écrire ; écriture tremblée et illisible par moments, même avec beaucoup d'application.

Tremblement de la langue. — Trémulation vermiculaire des lèvres et des joues. Il y a même de l'embarras de la parole par moments.

Au dire du malade, V... aurait eu sa première attaque en 1871 pendant la Commune. On avait voulu le fusiller avec son père. De 1871 à 1884,

elles avaient lieu une fois par mois. En 1884, sans cause connue, elles se montrèrent toutes les semaines.

V... eut même, à plusieurs reprises, deux ou trois attaques par jour.

Il était entré une première fois, en 1884, à l'asile Sainte-Anne pour ces troubles épileptiques, qui s'étaient amendés sous l'influence du traitement, et le malade avait pu sortir. Mais, sous l'influence d'excès de boisson répétés, ils étaient reparus avec plus d'intensité, et son état avait nécessité une seconde séquestration.

Voilà l'histoire de ce malade. On pourrait, par ce seul examen des symptômes psychiques et somatiques, en déduire ce qui appartient à l'alcoolisme. Les accidents éthyliques (visions d'animaux la nuit, tremblements) cessèrent peu à peu sous l'influence de la privation. Les troubles comitiaux furent plus tenaces, et, malgré un traitement par le bromure, quoique très amendés, ils duraient encore six mois après son internement. Quand il fut transféré au mois de juillet, V... avait encore quelques vertiges ; son état mental, profondément touché, s'était peu amélioré.

Mais, jointe aux symptômes précités, l'intervention confirma suffisamment l'évolution simultanée chez V... de deux états : l'épilepsie, dont

les manifestations très bruyantes avaient tout couvert, l'alcoolisme, dont quelques symptômes suffisamment accentués, trouvaient leur explication dans les excès antérieurs du malade.

Je m'arrête dans cette étude de la complication de l'épilepsie par l'alcoolisme.

Elle est fréquente, nous l'avons vu, et nous pourrions citer, à l'appui, plusieurs autres observations. Qu'il nous suffise de savoir, que, quand ces deux états coexistent chez le même individu, on peut faire, avec un peu d'attention, la part de l'un et de l'autre, et que cette notion peut, le cas échéant, avoir une importance médico-légale de premier ordre, comme nous l'avons vu dans notre seconde observation. M. Magnan, dans ses *Leçons sur l'épilepsie*[1], donne un exemple remarquable à ce point de vue : il s'agit d'un comitial alcoolique, qui commit trois vols inconscients sous l'influence d'impulsions épileptiques, et qui, en dehors de ces accidents, dus au *morbus sacer*, sous l'influence du délire alcoolique, se livrait à des actes divers (tentative de suicide...) dont il avait parfaitement conscience.

On comprend, en effet, que dans les deux cas, comme nous le disions plus haut, la responsa-

[1] Magnan. Loc. cit., p. 72 du tirage à part.

bilité ne soit pas la même. Un délit commis sous l'influence de l'ictus épileptique, inconscient, entraînera toujours une irresponsabilité entière, tandis que la plupart du temps, l'acte délictueux commis sous l'influence du délire alcoolique, n'aura plus les mêmes excuses. Car enfin, « ne peut-on soutenir que l'alcoolique, l'ivrogne, reste, dans une certaine mesure, responsable des actes qu'il a commis sous l'influence de son intoxication volontaire? » Il y a en pareil cas, au point de vue de la responsabilité, toute la différence qu'il peut y avoir entre un état acquis et une vésanie héréditaire.

Nous allons nous occuper maintenant d'une complication du délire épileptique également très intéressante, mais aussi rare, que celle que nous venons d'étudier est fréquente. Nous voulons parler de la coexistence chez un épileptique d'un délire de persécution systématisé.

§ III

COEXISTENCE DE L'ÉPILEPSIE ET DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS

Nous trouvons, comme nous l'avons dit plus haut, cette coexistence du délire des persécutions et de l'épilepsie signalée par quelques

rares auteurs. M. Magnan, dans le travail dont nous avons déjà parlé y fait allusion[1]. M. Garnier a publié à ce point de vue, dans la *Gazette hebdomadaire* une observation. M. Respaut[2], dans sa thèse inaugurale, en cite également.

Sur 38 cas d'épileptiques délirants que nous avons recueillis dans le service de M. le professeur Ball, nous n'en avons trouvé qu'*un* cas. Nous n'entendons ici, bien entendu, que le délire des persécutions classique, avec systématisation, et avec ses différentes étapes, et non les délires de persécution symptomatiques, comme certains états mélancoliques, certains états alcooliques, etc.

Ainsi entendue, nous tenons cette coexistence comme très rare, et si rare que Dericq dans son mémoire, assez complet d'ailleurs, n'en signale pas un seul cas sur cinquante observations de délires multiples.

Nous n'en avons pas trouvé d'autres exemples dans les auteurs. Lasègue, dans son article si remarquable du délire des persécutions, n'en signale pas la possibilité.

Aussi, pour cette raison, avons-nous cru bon de publier ici en détail le seul exemple de ce double délire que nous avons eu la bonne for-

[1] Loc. cit., p. 59.

[2] Respaut: *Du délire epileptique*. Thèse inaug. 1883.

tune d'observer chez un individu qui présentait, par surcroît, à un moment donné de son histoire pathologique, du délire alcoolique, et qui nous a offert de plus un tableau des plus complets de l'état de dégénérescence mentale héréditaire. Nous aurons ainsi en même temps l'occasion de citer une observation de délire multiple, dans laquelle les états impulsifs et anxieux de l'état héréditaire peuvent être regardés comme de véritables états psychopathiques surajoutés, comme nous l'avons dit plus haut.

CHAPITRE IV

DÉLIRES MULTIPLES COMPLEXES

Triple délire multiple. — Coexistence de trois délires d'origine et de nature différente chez le même individu. — Coexistence et alternance chez un héréditaire dégénéré de *trois* délires étrangers les uns aux autres : délire de *persécution*, délire *alcoolique* et délire *épileptique*, avec accidents d'ordre *émotif* et *impulsif*, se rattachant au terrain de *dégénérescence* du malade, c'est-à-dire à un *quatrième* état psychologique.

Nous aurons en vue dans ce chapitre, non seulement les cas de double délire (épileptique et vésanique), évoluant chez un même individu, mais les délires très complexes, dans lesquels, après un examen attentif de plusieurs mois, nous sommes arrivé à reconnaître quatre éléments, d'origine et de nature absolument différente, et évoluant, chacun, avec sa marche et ses caractères propres : *épilepsie, délire des persécutions,* états *impulsifs* et *anxieux* de la dégénérescence mentale, *alcoolisme*.

Abordons l'étude des faits, nous verrons

ensuite les considérations et les conclusions qui en découlent ; mais faisons remarquer auparavant que cette observation est surtout intéressante, parce que chacun des éléments délirants y trouve son explication et son origine.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, E..., de taille moyenne, et chez qui nous avons cherché en vain des traces de ces stigmates physiques, que nous pouvions nous attendre à y trouver.

Du côté de l'hérédité, nous avons trouvé des renseignements du plus grand intérêt.

Le *grand-père* paternel de notre malade a eu dix enfants, sur lesquels plusieurs ont présenté des troubles cérébraux, entre autres le père de E...

Celui-ci est mort à soixante-dix-sept ans. Il habitait les environs de S..., et était connu dans le pays « sous le nom de le fou de Sch... » ; aurait été traité à plusieurs reprises par Schuzemberger pour des hallucinations de l'ouïe, et entendait des voix qui l'appelaient nuit et jour : Fou de Sch... ! fou de Sch... ! Il pleurait souvent en disant à ses enfants qu'il n'avait jamais rien fait pour mériter les injures et les persécutions qu'on lui infligeait. — Cet état paraît avoir duré une vingtaine d'années. Notons ici, en passant, expressément, la notion

héréditaire de cet état qui paraît bien, par son évolution longue et par la nature des hallucinations de l'ouïe, avoir été un délire type *de persécution*.

La *mère* de E... est morte à quatre-vingt-un ans, jouissant de la plénitude de ses facultés. Seulement elle avait des attaques et *tombait :* E... ne les a jamais vues, mais il a entendu dire que sa mère avait été épileptique. Elle a eu seize enfants.

L'aîné est mort à vingt-cinq ans ; dès l'âge de dix ans il peignait fort bien et faisait des portraits très ressemblants de son père et de sa mère sans avoir jamais pris aucune leçon. Cette facilité prodigieuse pour la peinture et le dessin le fit arriver, encore très jeune, au poste de dessinateur en chef au ministère de la guerre : il fut nommé par le maréchal Magnan, alors ministre, malgré une instruction tout à fait élémentaire ; mort depuis, tuberculeux. Nous donnons ces détails, parce que certains auteurs ont vu dans cette précocité intellectuelle, et dans cette aptitude extraordinaire pour les arts et les lettres, un signe de dégénérescence mentale[1].

Un autre de ses frères passait dans le pays

[1] Moreau de Tours. *Psychologie morbide.*

pour extrêmement jaloux; il était marié à une femme de vingt ans plus âgée que lui, interprétant mal tous ses faits et gestes, et lui rendait la vie très malheureuse.

Deux de ses sœurs sont religieuses et très intelligentes.

Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement sur ses autres frères et sœurs.

E... est le treizième enfant de cette famille et disons dès à présent qu'il paraît avoir reçu en héritage les deux psychoses de ses parents. Sa vie tout entière, par surcroît, est celle d'un héréditaire dégénéré. Pendant l'enfance, il paraît avoir joui d'une excellente santé. Mis au collège de très bonne heure, il en sortit après avoir fait de très bonnes études. E... ne passa pas ses examens du baccalauréat parce que ses supérieurs le destinant à la prêtrise, l'en empêchèrent. Ne se sentant pas de goût pour cette vocation, il donna pendant quelque temps des leçons particulières pour faire vivre sa famille. Puis vint l'époque du tirage au sort. Pendant sept années de service militaire, il fit des excès de boissons, rhum et absinthe, qui furent probablement d'un certain poids dans l'explosion des accidents, qui éclatèrent à l'époque de sa libération. E... fit courageusement son devoir pendant la guerre de 1870 et

fut blessé à Sedan, il assista à plusieurs grandes batailles, et fut proposé, à l'issue de la campagne franco-allemande, pour le grade de sous-lieutenant, mais il quitta l'armée en 1871.

C'est vers cette époque que les symptômes du mal comitial, le premier dans l'ordre chronologique, se manifestent chez lui. Libéré du service militaire, il se fait professeur libre. Plusieurs fois, alors, au milieu de ses leçons, il fut sujet à des *vertiges,* à des *absences;* plusieurs fois, il lui est arrivé au milieu d'explications, de pâlir et de prononcer des paroles sans suite, dont il n'avait aucun souvenir. Quelquefois, s'interrompant subitement, il s'asseyait sur une chaise sans rien dire, et reprenait le fil de son discours, sans rien se rappeler. E... n'a jamais eu de grandes attaques convulsives, même à ce moment.

Plusieurs fois aussi, jouant au billard, E... eut des absences dont il n'avait aucun souvenir, mais que ses amis interprétaient à leur façon et appelaient des *faiblesses;* il laissait alors tomber ce qu'il avait dans les mains, et quand venait son tour de jouer, il paraissait tout surpris et demandait pourquoi on lui avait enlevé et caché sa queue de billard.

Dès ce moment aussi, il est arrivé plusieurs fois à E... de se trouver roué de coups et la

figure ensanglantée sans savoir comment ces blessures lui avaient été faites. Bien des fois il s'est trouvé tout d'un coup à plusieurs lieues de son domicile sans s'être aperçu du chemin qu'il avait parcouru, et sans rien se rappeler.

Pendant qu'il était professeur libre, s'étant laissé aller à des excès *alcooliques*, il eut pendant quelque temps des hallucinations nouvelles dont il a conservé parfaitement le souvenir; c'étaient des visions d'animaux, des crises nocturnes; c'étaient des régiments entiers de soldats qui passaient sur son lit la nuit, et qui lui tiraient des coups de fusil. Il paraît donc, dès 1871, avoir présenté des symptômes d'ordres différents qui portent clairement la signature de leur double origine : vertiges épileptiques et délire alcoolique. Il ne présente que plus tard des symptômes propres à la dégénérescence mentale et le signe du délire des persécutions.

Placé comme professeur dans une institution, notre malade fut remercié en raison de ses excès, et, pour vivre, se mit comptable à domicile. Les clients lui apportaient chez lui des comptes à régler, ce qu'il faisait avec la plus grande habileté et la plus grande promptitude.

Dans cette nouvelle profession, il lui est arrivé à diverses reprises, un fait d'ordre pathologique

évidemment, et sur la nature duquel nous avouons ne pas pouvoir nous prononcer, bien que le fait en question nous eût été expliqué très clairement : à diverses reprises il lui est arrivé d'avoir à déchiffrer des comptes très compliqués, et de les trouver tout faits sans aucune erreur ; E... ne se rappelait nullement les avoir faits, mais il était forcé de convenir, en reconnaissant son écriture, que c'était bien lui qui les avait dressés.

Devons-nous voir dans ces faits une *absence comitiale*, un acte commis sous l'influence d'un état épileptique ? Evidemment l'inconscience de l'acte est bien le fait d'un ictus comitial. Mais, d'un autre côté comme le font observer quelques auteurs, la cohésion dans les idées, la cohérence, écarte l'intervention d'un *ictus sacré*, quand il s'agit de raisonnements écrits ou parlés, à plus forte raison quand il s'agit de calculs compliqués. Si nous disions qu'il s'agit dans l'espèce d'un fait de somnambulisme, nous prononcerions un mot sans rien expliquer, sans pénétrer sa nature intime, aussi le donnons-nous sans commentaires.

Ses capacités exceptionnelles comme comptable le firent prendre comme caissier par un grand négociant de la capitale vers 1874. C'est là qu'il

présenta le plus bel exemple d'*impulsion comitiale* qu'il nous ait été donné de rencontrer. Dans la maison de commerce où il remplissait les fonctions de caissier, se trouvaient deux autres employés qui travaillaient au même bureau que lui. Un jour que le cabinet était rempli de monde il se lève de sa place, et, devant tous les employés réunis, se met à uriner dans les poches de ses deux camarades. Le fait fut porté à la connaissance de son patron, qui le fit mander pour avoir des explications. E... protesta de la fausseté d'une pareille allégation, disant que jamais il n'aurait voulu jouer un tour d'un goût aussi douteux à ses camarades. Mais il ne put rien, contre le témoignage d'une dizaine de personnes, et il fut congédié.

E... vécut alors sans place pendant quelque temps, et fut sujet à cette époque à plusieurs *fugues inconscientes*. Sous l'influence *occasionnelle* d'excès de boissons, il lui est arrivé de sortir de chez lui, de marcher pendant des heures entières, absolument inconscient. Un jour, il fut arrêté à Asnières, après une fugue, par des agents : E... se trouvait à Paris le matin, et ne savait comment il était parvenu jusqu'à cet endroit. On l'arrêta alors parce que, couvert de blessures et de boue, il ne put donner aucun éclaircissement et fut pris

pour un voleur. Il était relâché quelques heures après.

Une autre fois, E... entra dans la boutique d'un horloger, en proférant des paroles incohérentes, et, de ce chef, emmené au poste ; nul souvenir de cet acte.

E... fut encore arrêté, quelque temps après, dans une grange : il était en train de danser sur des sacs de farine. Interrogé sur ce qu'il faisait, il répondit qu'il ne savait pas où il était.

Toutes ces fugues portent suffisamment leur marque de fabrique, le cachet comitial pour que je n'insiste pas davantage. — Mais à côté de ces fugues épileptiques, à côté de ces impulsions *inconscientes*, dont la nature n'est pas douteuse un seul instant, E... eut d'autres impulsions, également irrésistibles, mais celles-là *absolument conscientes*, et que pour cette raison nous distrayons du tableau des symptômes dus à l'épilepsie. — C'est ainsi qu'à maintes reprises, vers cette époque, il fut irrésisblement poussé à commettre certains actes : il fallait alors tout abandonner pour accomplir l'idée qui germait dans son cerveau. Etait-il, par exemple, au bas d'une rue qu'il venait de descendre, il était alors obsédé de l'idée de la remonter : E... n'était tranquille que lorsqu'il avait mis son idée bizarre

à exécution. Il lui est arrivé dans ces conditions de monter et de descendre vingt fois la même rue. Ces impulsions étaient absolument conscientes. Nous verrons tout à l'heure quelle étiquette nous devons mettre sur ces *obsessions ;* mais disons de suite, que, bien que se trouvant chez un épileptique, elles prennent leur source en dehors du mal comitial.

Il vécut ainsi misérablement pendant quatre ou cinq ans sans pouvoir trouver de place, malgré son intelligence brillante et son instruction solide. Et lui, l'homme instruit et bien élevé, il fut successivement garçon de ferme, colporteur, palefrenier, répétiteur, etc.

Nous insistons sur les péripéties de cette vie aventureuse, parce qu'à elle seule, comme l'ont montré Morel et Moreau de Tours, elle doit faire penser à un héréditaire.

C'est à ce moment, vers 1880 environ, que semblent s'être montrées les premières manifestations d'une nouvelle psychose, les commencements d'un nouveau délire, dans l'existence cependant si remplie déjà au point de vue pathologique, cependant si chargée du malheureux E... ; nous voulons parler *du délire des persécutions.* C'est en effet vers 1881 qu'E... présente à étudier déjà des idées vagues de per-

sécution, des interprétations délirantes, peut-être même quelques hallucinations de l'ouïe. Déjà il croit que dans la rue les gens se le montrent au doigt en se disant entre eux : C'est le fils du fou de Sch... Cependant ces idées de persécution ne sont encore pour ainsi dire qu'à l'état d'ébauche ; nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Ici se place par ordre chronologique différentes tentatives de suicide qu'il fit coup sur coup, et qui nécessitèrent un premier internement à Sainte-Anne. Parmi ces tentatives de suicide (submersions, etc.), plusieurs n'ont laissé aucun souvenir, et doivent être mises vraisemblablement *sur le compte d'une impulsion comitiale*. Mais il y en a une, sur laquelle nous voulons appeler l'attention, parce qu'elle met bien en relief l'état spécial dont nous avons parlé dans un chapitre précédent, l'état de dégénérescence mentale héréditaire. Voici les circonstances dans lesquelles se fit cette tentative, *absolument consciente* du reste, puisqu'elle nous a été racontée par le malade lui-même. Laissons parler E..., on verra mieux l'irrésistibilité de sa tentative et d'autre part la satisfaction si particulière qui accompagnent l'exécution de ces tentatives impulsives chez les malades de ce genre : « Je m'étais procuré, nous raconte-t-il, 20 grammes d'extrait

thébaïque chez un droguiste en prenant le costume d'un garçon de laboratoire, et en signant le nom d'un pharmacien. Mais, je voulais avant de mourir, jouir une fois encore des beautés de la nature, et j'ai gagné les bords de la Seine aux portes de Paris... Les quelques heures qui ont procédé mon empoisonnement ont été les plus belles de mon existence, c'est le dernier beau jour de ma vie ! J'étais si heureux, ajoute-t-il, à l'idée que j'allais bientôt en finir avec l'existence, que je reculais toujours le moment fatal. Je reculais le dénouement final, non par peur, mais parce que je voulais prolonger cette situation de bien-être indescriptible. Car à ce moment, la volupté que je ressentais à la pensée de mourir était telle que je me regardais comme l'homme le plus heureux de la terre... Parti de chez moi à 7 heures du soir, ce n'est qu'à 1 heure du matin que j'avalai le contenu de la fiole !... »

Ce qui était à présumer arriva, le poison avait été pris en trop grande quantité ; transporté à Beaujon, il fut rétabli après huit jours de grandes souffrances, et transporté à Sainte-Anne, où il fut interné pour la première fois, en avril 1881, sur un certificat de M. Legrand du Saulle.

C'est alors que commença pour notre malheureux malade cette existence commune aux alié-

nés de ce genre, existence qui se passe tantôt à l'asile, tantôt en liberté. Il fut ainsi séquestré et mis en liberté nombre de fois. Pendant ses internements il ne paraît pas avoir présenté rien de remarquable ; on trouve seulement noté sur les divers certificats d'entrées : Vertige épileptique accompagné de délire mélancolique. A sa quatrième entrée à Sainte-Anne, le 30 septembre 1883, il est transféré à l'asile de Saint-D... c'est là qu'il paraît avoir systématisé le troisième délire dont nous avons trouvé l'ébauche dès 1881, le *délire de persécution*. Il prit pour objectif le directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier et en fit son *persécuteur*. On le voit, son délire de persécution avait peu à peu évolué, côte à côte, avec les autres manifestations délirantes de E...

Le directeur de l'asile de Saint-D... est l'âme de tous les complots organisés contre lui : c'est lui qui lui adresse toute la nuit les plus grossières injures en l'appellant « assassin ». Ne pouvant plus résister à toutes les persécutions, à tous les martyres qu'on lui faisait endurer, il s'est évadé de Saint-D... en passant par-dessus les murs de l'asile. E... est revenu, quelques jours après son évasion de l'asile, pour tuer son persécuteur avec un ciseau à froid : « Le médecin, nous a raconté le malade lui-même, plus tard, ne dut son salut

qu'au hasard. » E... le guettait sur une route où il avait coutume de passer tous les jours à la même heure; ne voyant pas passer son *bourreau*, et craignant d'être repris, E... a gagné Paris.

C'est là qu'il a été arrêté au Palais-Royal où il était allé demander à un bijoutier 200 millions de bijoux pour envoyer au directeur de Saint-D... pour sa rançon. Il résulte des explications que E... nous a fournies à son entrée, qu'il avait fait ce jour plus d'excès que de coutume, et même, de copieuses libations. Il faut donc voir dans ce fait, plutôt l'effet du délire alcoolique, peut-être même simplement de l'ivresse. Car depuis six mois que nous l'observons, nous n'avons noté aucune idée de grandeur, aucun affaiblissement intellectuel.

Quoi qu'il en soit, E... fut amené à la clinique de Sainte-Anne le 2 avril 1886 sur un certificat de M. Garnier, constatant chez lui la présence de « vertiges épileptiques avec coexistence du délire des persécutions systématisé». C'est à cette époque que nous l'avons vu pour la première fois, et nous l'avons suivi avec beaucoup d'attention depuis six mois.

Au bout de quelques jours, les accidents dus à l'alcoolisme avaient complètement disparu, d'autant que E... n'avait jamais été un buveur de

profession. Actuellement, à ce point de vue, les nuits sont bonnes. Son sommeil n'est par interrompu pas des cauchemars : les visions terrifiantes, les crises nocturnes, qui l'empêchaient quelquefois de dormir avant son entrée à l'Asile, ont disparu.

Les troubles *épileptiques*, plus tenaces, par ce fait qu'ils avaient leur racine dans un terrain héréditaire, dans l'espèce, l'épilepsie de la mère (transmission similaire), ont cédé à l'influence de la suppression des excès alcooliques, qui entretenaient les phénomènes comitiaux. Ici, on peut le dire, les murs de l'asile ont produit les effets les plus salutaires. — Depuis six mois que nous tenons E... en observation, non seulement il n'a jamais présenté d'attaques convulsives, mais même il n'a pas éprouvé ces fugues, ces vertiges qui avaient motivé son internement à ses autres entrées.

Mais un des éléments coexistants du délire multiple de E... qui ne s'est pas amendé, c'est la vésanie dont il avait déjà montré les premiers symptômes : en effet, au milieu de tous ces états pathologiques, en dehors même de son état comitial, légué par sa mère, E... paraît encore avoir reçu, par surcroît de l'héritage paternel, la plus terrible de toutes les vésanies, le délire des persécutions.

Nous avions même cru un moment qu'il y avait dans l'espèce, chez notre malade, transmission absolument similaire, et nous avons longtemps considéré E... comme un persécuté classique du type Lasègue. Ce n'est qu'après un long examen, après avoir eu notre attention attirée de nouveau sur lui, par les communications récentes de M. J. Falret [1], que nous le rangeons parmi les *persécutés raisonnants*. En effet, ce qu'on doit remarquer tout d'abord, c'est qu'il semble être entré dans le délire des persécutions, d'emblée par la persécution active. Du premier coup il paraît avoir systématisé son délire contre le directeur de l'asile de Saint-D..., où il a été interné [2] : Lui ayant un jour adressé une pièce de vers, et ayant cru remarquer un sourire ironique sur ses lèvres, E... se crut persécuté par lui, et, à partir de ce moment, il lui a voué une haine à mort. Cette haine contre l'honorable médecin de cet asile, qui date de 1884, n'a fait que s'accroître depuis cette époque, et actuellement cette haine est encore le pivot de tout son délire. Nous avions cru, d'après les premiers interrogatoires du ma-

[1] Communic. cit.

[2] M. Jules Falret regarde la *personnification* de la persécution dans une seule personne comme le cachet des persécutés raisonnants. (Séance du 25 février 1878. *Soc. médic. psych.*)

lade, que les premiers linéaments de cette vésanie, remontaient plus haut, mais après avoir longuement observé notre malade, nous pensons que le début a été brusque. Ce que nous prenions à un examen superficiel pour une phase d'hésitation délirante, n'était que des accidents communs dans la vie des déséquilibrés. Du reste, on ne trouve nulle part, sur les nombreux certificats qui l'ont amené six ou sept fois à Sainte-Anne, mention du délire des persécutions. Il paraît donc, et c'est là un point important, avoir personnifié *d'emblée* son délire. Il y est resté cantonné absolument : le directeur de Saint-D... est l'âme de tous les complots organisés contre lui, de toutes ses infortunes, de toutes ses misères. Dès l'origine de son délire également, il a réagi contre toutes ces persécutions supposées, et est devenu à son tour de mille manières le *persécuteur* de l'homme qu'il appelait son bourreau. Je n'entre pas dans les détails de cette *persécution retournée,* qui m'entraîneraient trop loin, et je me contente d'avancer le fait. Du reste, dire en parlant d'un persécuté qu'il a personnifié son délire, c'est presque déclarer implicitement qu'il est de ce chef, devenu persécuteur.

Le persécuté en effet qui fait choix d'*un* persécuteur, est toujours *actif,* est toujours persécu-

teur dans les limites de ses moyens, de sa situation, bien entendu. — La division de Lasègue en *actifs* et en *passifs,* a trait aux persécutés qui ont systématisé, coordonné leur délire, mais qui ne l'ont pas encore personnifié.

Nous devons à la vérité de dire que notre malade, contre la règle admise pour les persécutés de ce genre [1], paraît avoir eu des hallucinations de la sensibilité générale et quelques hallucinations de l'ouïe, mais celles-ci, comme cela arrive chez les persécutés classiques, n'ont pas dominé tout le délire, bien loin de là. Du reste, on sait la difficulté qu'il y a quelquefois à distinguer les hallucinations de l'ouïe des simples interprétations délirantes [2].

Quoi qu'il en soit, les allures du délire de E... sont empreintes des apparences de la raison, si je puis m'exprimer ainsi. On ne trouve pas dans

[1] A. J. Falret, qui donne l'absence d'hallucination chez les persécutés raisonnants comme un de leurs nombreux points de diagnostic différentiel (*Ann. méd. psy.*, 1878. p. 414), dit quelques lignes plus haut, qu'on peut les rencontrer quelquefois.

[2] M. Pottier fait remarquer à ce sujet que la confusion entre ces deux ordres de phénomènes est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et il cite à ce propos les paroles de M. Falret père : « Souvent, dit M. Falret père, il nous est arrivé de diagnostiquer des hallucinations, et un examen plus attentif nous démontrait plus tard que le phénomène dont nous étions témoin avait sa cause première dans le monde extérieur. »

sa conversation ces tournures de phrases, ces mots détournés de leur sens propre, qu'on rencontre en pareil cas si souvent, et c'est précisément cette apparence de raison qui en fait un aliéné des plus dangereux.

On doit dire aussi que E... est un orgueilleux, et infatué de sa personne. Assez lettré, il fait à chaque instant montre et ostentation de ses connaissances scientifiques et littéraires, ce qui le rend désagréable dans le service et absolument insupportable. Mais entre cet orgueil, entre cette haute idée qu'il a de sa valeur personnelle et le délire d'orgueil proprement dit, les idées de grandeur des vrais persécutés avant même qu'ils versent dans la mégalomanie, il y a une différence bien tranchée[1]. Et cependant voilà trois ans environ, et c'est encore là un point de diagnostic différentiel sur lequel nous reviendrons

[1] Cet orgueil des persécutés raisonnants a été bien mis en lumière. Notre malade E... l'est à un tel point que sa fatuité en fait une véritable peste pour le service. Causant et discutant très haut avec les malades, avec les gardiens, il aborde tous les sujets, même ceux qu'il ne connaît pas, et pose des conclusions avec autorité. — Combien cette attitude est différente encore de l'attitude du persécuté classique, attitude pleine de réticences, de sous-entendus ! Dans cet ordre d'idées ces deux catégories de persécutés sont encore placées aux antipodes : l'un, exubérant et fanfaron, pèche par excès, il est *raisonnant ;* l'autre, renfermé en lui-même, laissant peu voir ce qui se passe au dedans de lui, est au contraire essentiellement ombrageux.

dans nos conclusions, voilà trois ans qu'il a personnifié son délire. E... est orgueilleux, très orgueilleux même, mais il ne l'est pas plus qu'il l'était voilà dix ans. Il a actuellement, comme voilà dix ans, à l'image de tous les aliénés raisonnants, de tous les héréditaires dégénérés, une haute idée et une idée énorme de sa valeur personnelle, voilà tout ; mais il n'y a pas trace de délire d'orgueil, il n'y a même pas chez lui les premiers linéaments des conceptions délirantes ambitieuses, vagues, qu'on trouve presque toujours chez les persécutés classiques à cette phrase de personnification de leur folie.

Mais ce tableau pathologique, déjà si chargé, n'est pas encore complet.

E..., à son arrivée à l'asile commence à éprouver des symptômes d'un ordre différent bien caractérisés, bien particuliers et qu'on ne pouvait pas ranger dans les trois psychoses énumérées ci-dessus. Si ces symptômes se manifestaient avec une netteté surprenante, il n'en était pas moins difficile de leur trouver une étiquette commune, car il va sans dire que pas un instant nous avons eu ici l'intention de ressusciter les anciennes monomanies, et de les décrire comme des éléments différents. Ces états particuliers, consistant surtout en *impulsions* irrésistibles,

états anxieux, émotifs, doivent être, croyons-nous, décrits comme puisant une origine commune dans l'accumulation d'hérédité de notre malade. En un mot nous devons le décrire comme les symptômes d'une nouvelle modalité clinique, qui forme le fonds, le terrain de toutes les autres : la *dégénérescence mentale héréditaire*. En résumé, bien que les états coexistants fussent déjà multiples et complexes chez E..., nous avons dû y reconnaître les éléments morbides, que Morel avait donné comme signes de la *folie héréditaire*, en les scindant en deux classes bien différentes, les *impulsions* et les *délires émotifs*, et que depuis on a réunis dans une grande synthèse sous le nom de *stigmates psychiques* de l'hérédité.

Y a-t-il, avec M. Magnan, dans ces symptômes épisodiques chez les héréditaires, un lien commun, qui autorise cette grande synthèse, ou doit-on admettre avec M. Falret, qu'il faille en dissocier quelques-uns ? C'est là une question de doctrine que notre inexpérience ne nous permet même pas de discuter[1].

Mais ce qu'il nous est permis de dire, c'est qu'il

[1] Société méd.-psychologique. — Discussion sur les héréditaires. (Magnan, Falret, Cotard, Charpentier, Bouchereau et Christian, 1885, 1886.)

y a entre les différents *épisodes* de ces états héréditaires certains caractères communs qui autorisent peut-être à y voir une classe spéciale, à y voir une forme morbide commune, à contours suffisamment nets, pour qu'on lui donne droit de cité en pathologie mentale : cet état, que les auteurs appellent l'état de dégénérescence mentale, ainsi compris, devient un complexus, bien vaste, il est vrai, mais il y a dans ce complexus un état *délirant* propre, un état *mental* spécial, et des *épisodes morbides* qui lui donnent son individualité (Morel, Magnan), son autonomie.

Quoi qu'il en soit de cette digression nécessaire, nous avons cru, dans certains phénomènes morbides présentés par E..., notre malade en question, voir des phénomènes étrangers et à l'état comitial et à l'alcoolisme et au délire des persécutions, que nous avons mis sur le compte de l'hérédité, et auxquels nous avons donné une étiquette commune.

Nous avons déjà dit qu'avant son entrée à l'asile, E... avait longtemps auparavant, en 1874, présenté des impulsions, irrésistibles, *conscientes*, qu'on ne pouvait pas mettre sur le compte du mal comitial. Mais ces accidents avaient laissé peu de trace dans son esprit. Depuis son entrée à la clinique, en l'étudiant davantage, nous avons pu

nous convaincre de l'existence de ces *impulsions intellectuelles*[1], de ces *stigmates psychiques*.

Ce qu'il y a de plus net chez E... dans cet ordre d'idées, ce sont des *obsessions* suivies la plupart du temps d'*impulsions* qui le rendent très malheureux. Les plus caractéristiques sont des *obsessions intellectuelles*, qu'il ne peut réprimer, et qui ne lui laissent l'esprit tranquille, que lorsqu'il les a mises à exécution.

Ces obsessions intellectuelles portent surtout sur ses souvenirs classiques. Par moment, quand il lui vient malheureusement à l'idée le commencement d'un passage d'un auteur latin par exemple, il est forcé d'aller jusqu'au bout : « Je récite mentalement, dit-il alors, tout ce que je sais du passage en question, et lorsque je suis arrêté par le défaut de mémoire, je deviens anxieux : et je reste dans une véritable angoisse, jusqu'à ce que j'en aie retrouvé la suite... »

Il lui est arrivé plus d'une fois dans ces conditions, sachant que le livre qui contenait le passage évoqué par ses souvenirs se trouvait chez tel libraire, de prendre une voiture pour y être

[1] Dans l'espèce la dénomination d'*impulsions intellectuelles* est due à M. le professeur Ball ; celle de *stigmates psychiques* à M. Magnan, qui les a opposées aux *stigmates physiques* de Morel.

plus vite rendu. Et précipitamment, fiévreusement au grand étonnement du bouquiniste, il consultait le passage, objet de son angoisse, faisait ses excuses et repartait calmé : « J'éprouvais alors, nous disait-il, un soulagement inexprimable. » Il s'est disputé un jour dans ces conditions avec un libraire, qui, sur son allure effarée, l'avait pris pour un voleur.

Les souvenirs des morceaux de musique produisent aussi chez E... par moment des obsessions du même genre. Ainsi il lui est arrivé plusieurs fois, après avoir entendu fredonner un air par un malade, ou ébaucher un morceau de musique sur le piano du parloir, de se trouver anxieux. Il se met alors à chercher dans sa mémoire la suite de l'air qu'il vient d'entendre, et ne retrouve le calme, qu'en retrouvant le morceau oublié.

On va peut-être nous dire que ce malade est un véritable *caput mortuum,* réunissant toute la pathologie mentale, et qu'il faut se défier des malades de ce genre. Pour quiconque a vu E..., et plusieurs médecins ont été à même de contrôler les faits que nous avançons, on n'a pu mettre en doute un seul instant la sincérité de ces états anxieux, de ces angoisses, qui, au moment où ses idées fixes le dominaient, se tra-

duisaient sur son visage par une souffrance réelle non dissimulée. Je prends encore un exemple entre plusieurs : Il vint un soir nous trouver en nous demandant la signification courante de l'expression « passer le Rubicon ». Il avait trouvé cette phrase dans ses lectures, et, depuis le matin, il était poursuivi par l'idée fixe qui le rendait malheureux, de retrouver le sens figuré de cette formule qu'il avait oublié ; E... nous demanda bien pardon de son indiscrétion, *mais c'était plus fort que lui.* L'explication donnée, il retrouva immédiatement le calme et nous remercia.

Ces obsessions se manifestaient aussi chez E..., par la *recherche* anxieuse des noms propres, symptôme qui a été signalé dernièrement comme une épisode survenant également dans la folie des dégénérés, et désigné sous le nom d'*onomatomanie* par MM. Charcot et Magnan[1]. Nous devons même dire que c'est le premier fait anormal qui se dévoila chez notre malade à son arrivée à la clinique : Reconnaissant le surveillant qu'il avait connu autrefois, il fut immédiatement poursuivi par la recherche de son nom. Et cette recherche, qui à la rigueur peut se trouver chez les individus les mieux

[1] V. Magnan et Charcot, *Archives de Neurologie*, 1885. La première partie de ce travail a seulement paru.

pondérés, était accompagnée, dans l'espèce, d'une anxiété et d'une véritable gêne. E... ne put pas dormir et passa une très mauvaise nuit. Il ne fut tranquille que lorsque le matin il eut appris de la bouche d'un des gardiens le nom du surveillant en question. E... nous raconta le lendemain, à ce propos, qu'ayant beaucoup voyagé, il avait vu et connu beaucoup de personnes, et que l'obsession de leurs noms lui revenait communément ; que par exemple depuis huit jours il était tourmenté par la recherche du nom d'un négociant qu'il avait connu autrefois en Allemagne ; on fit venir le Bottin, et il y trouva avec plaisir le nom en question : En voilà un, ajouta-t-il, en montrant l'annuaire en question, que j'ai consulté bien des fois dans ma vie.

Ce fait rappelle tout à fait les obsessions analogues de MM. Charcot et Magnan, où le Bottin jouait aussi un rôle important. E... ne recherchait que le nom des personnes qu'il avait connues autrefois. Nous avons en vain cherché chez lui les autres formes d'onomatomanie décrites, et qui consistent, par exemple, à inscrire tous les noms des personnes, non seulement qu'on *connaît,* mais qu'on *voit.* Il n'avait pas non plus l'impulsion irrésistible à répéter le mot, signalé par M. le professeur Ball dans l'obser-

vation classique de l'*aliéné 13*[1]. Nous n'avons pas noté non plus chez lui les deux nouvelles formes d'*impulsions intellectuelles*, d'*onomatomanie* que M. Magnan signale dans un nouveau travail et qui consiste : 1° dans l'influence préservatrice du mot, qu'on répète à cet effet ; 2° dans la sensation de corps étrangers, produite par le mot avalé, et chargeant l'estomac[2].

Ce n'est pas encore tout, nous pouvons ajouter, qu'en plus de ces états impulsifs, E... présentait des états *émotifs* des plus caractérisés. Il serait peut-être plus conforme aux faits cliniques de réunir ces faits émotifs et ces faits impulsifs sous une même étiquette : la dégénérescence mentale.

Mais pour la facilité de la description, nous

[1] In *Encéphal* 81, et *Folie du doute*, in *Traité des maladies mentales*. M. Régis, dans un article très intéressant (*Encéphal*, n° 6, 1885), *sur les obsessions anxieuses ou émotives*, a également donné une observation fort curieuse d'une dame atteinte de cette forme d'impulsion intellectuelle : la répétition irrésistible d'un nom, d'un mot ou d'une phrase. — M. Ball avait signalé dès 1881 cette impulsion intellectuelle (*Onomatomanie*, de Charcot et Magnan) et décrit par d'autres auteurs comme une forme de la folie du doute. M. le professeur Ball avait noté déjà à cette époque une observation de ce genre dans laquelle un individu était poussé irrésistiblement dans certaines circonstances à répéter le mot « corbillard ». (In *Traité des maladies mentales*, p. 496. *Folie du doute*.)

[2] Voir aussi Gilson, *Observ. d'onomatomanie*. 1886, communic. Société médico-pratique.

préférons nous ranger à l'opinion de Morel et de M. Falret, qui ont tendance à scinder, et à admettre au moins deux grandes catégories :

1° Les états impulsifs ;

2° Les états émotifs : (délire émotif de Morel et folie du doute de Falret).

Nous regarderons néanmoins ces deux états psychopathiques comme se touchant de très près et comme ayant une même origine : l'hérédité.

Ainsi donc, en plus de ses impulsions irrésistibles que nous venons de passer en revue, E... présentait une *émotivite* réellement pathologique se rapprochant de l'état que Morel a décrit sous le nom de *délire émotif*, et dont il faisait avec raison une véritable entité morbide[1] : E... nous raconte que depuis un certain nombre d'années, il n'a jamais pu passer devant un *clocher,* ni *devant des maisons en réparation* et devant quelques autres endroits spéciaux. Pour les éviter, il fera quelquefois un long détour, ou s'abstiendra d'aller dans certains quartiers. Il y a donc ici simplement *topophobie,* car jamais il n'a peur de pénétrer dans les endroits vastes, comme les

[1] Morel. Du délire émotif. *Arch. de Médecine*, 1866.

places publiques *(agoraphobie)*[1], ni dans les espaces fermés *(claustrophobie)*[2].

Nous avons vu que, antérieurement à son entrée à Sainte-Anne, E... avait, dans le même ordre d'idées, présenté ce trouble de la volonté si particulière et si bizarre décrit par Billod[3] et par Ribot[4]. Par moment, en effet, on l'a vu, malgré les efforts de sa volonté, E... était irrésistiblement poussé à marcher, et à remonter quinze et vingt fois la même rue.

Deux ou trois fois étant assis, bien que la volonté lui dictât énergiquement de se lever, il lui est arrivé de rester assis, cloué sur sa chaise, impuissant ; et cependant ce n'était pas chez lui inertie, car il souffrait terriblement de cet état qui le rendait extrêmement malheureux.

Ce *phénomène d'arrêt*, cette *aboulie* est un fait très rare dans l'histoire des aliénés. E... est le seul aliéné que nous ayons jamais vu présenter

[1] Legrand du Saulle.

[2] Westphall, Ball, Ritti, etc.

[3] Tout le monde a cité cet exemple du notaire rapporté par Billod, qui se trouvait dans une situation telle, qu'il *ne pouvait pas vouloir*. (*Maladie de la volonté. Ann. médico-psych.*, tome X, 1847). 8, Ribot, *Maladie de la volonté*.

[4] M. Ball, dans cet ordre d'idées, cite un malade qui avait un trouble particulier de la volonté : « Voulant entrer dans une maison ou en sortir, il éprouve au seuil de la chambre une résistance invincible... Il faut qu'on le pousse pour lui faire franchir un obstacle... » (Loc. cit.)

ces symptômes, mais il l'a accusé très nettement deux ou trois fois devant nous[1].

Tous ces états si variés, impulsifs, émotifs, etc... que nous venons de passer en revue sont pour nous, chez E..., la conséquence d'un élément indépendant des autres états psychopathiques coexistants : alcoolisme, épilepsie, vésanie ; et nous croyons devoir les rattacher à un 4e état surajouté, produit chez lui par l'accumulation héréditaire.

Cette preuve nous semble d'autant plus fondée que notre malade présente certaines perversions bien propres aux héréditaires.

Non pas que E... ait jamais présenté des tendances dépravées, des perversions génitales héréditaires, car il fut toujours, sous ce rapport, à l'abri de tout reproche. Mais par la pureté extra-physiologique de ses mœurs, il mérite précisément d'être classé parmi les héréditaires et parmi les héréditaires pervertis. Il y a en effet dans son histoire pathologique une femme qu'il n'a vue qu'une fois, voilà de longues années, qui ne le connaît pas, et à qui il a voué cependant un amour éternel. Mais cet amour, qui absorbe toute sa vie, n'a rien de charnel ; les sens n'y jouent absolument aucun rôle : « Jamais, dit-il, je ne

[1] Loc. cit.

voudrais la souiller, elle est trop pure et trop idéale. » Il passe tous ses loisirs à lui faire des vers qu'il ne lui a jamais envoyés, « *car elle ne doit pas savoir qu'on l'aime* ». Ces vers respirent la passion la plus exaltée, mais la plus pure, qu'on puisse imaginer. Si on émet devant lui des doutes sur la pureté de cet amour, il souffre visiblement, et les larmes lui sortent des yeux. Un pareil amour est évidemment pathologique ; notre homme, sous ce rapport, doit être rangé parmi les *érotomanes* d'Esquirol. On peut même dire, étant données la pureté, l'ardeur et la forme de cette passion qu'il est *extatique*. Il rentrerait parmi les *cérébraux antérieurs* de M. Magnan.

Il n'y a du reste rien de bien anormal à voir, chez un même malade, exister simultanément tant d'éléments de même nature et de même origine. Notre homme est un héréditaire, et c'est la règle de voir chez un seul héréditaire la présence de toutes ces obsessions, de toutes ces impulsions, de tous ces états bizarres que nous venons de passer en revue ; seulement ils se succèdent le plus généralement ; rarement, comme chez E..., ils existent pour ainsi dire simultanément.

Si maintenant nous voulons résumer ces lon-

gues considérations que nous avons peut-être trop développées, nous dirons qu'il y a chez E... :

1° Un *état comitial* bien net, caractérisé surtout par des vertiges et par des impulsions *inconscientes* dus à la transmission similaire maternelle ;

2° Un *délire alcoolique,* dû à l'intoxication, qui a cédé vite et a été de courte durée ;

3° Un *délire de persécution* (type Falret) parfaitement déterminé, remontant très haut et qu'on ne peut confondre un seul instant avec les idées de persécution fugaces, avec les bouffées délirantes de l'héréditaire, et dû à la transmission similaire paternelle ;

4° Enfin des *états impulsifs, anxieux,* des *états émotifs,* des perversions, que l'on peut, je crois, attribuer à l'accumulation héréditaire du sujet.

Ici, il est vrai, surgit, au milieu d'une question clinique, une question de doctrine. Doit-on, avec Morel et M. J. Falret, scinder ces deux états, tout en les attribuant à l'explosion héréditaire, et voir d'abord : 1° un *état impulsif* (Morel et Falret), puis, 2° un *état émotif* (délire émotif de Morel et *folie de doute* de Falret) ? Ou bien doit-on comprendre, avec M. Magnan, ces différents états sous l'étiquette commune peut-être

un peu trop vaste, peut-être un peu trop compréhensive, de *dégénérescence mentale?*

Il ne nous appartient pas, comme nous le disions tout à l'heure, de nous prononcer. Mais, cela nous importe peu pour nos conclusions.

Il nous est en effet permis, malgré nos réserves, d'affirmer, d'après l'exposé symptomatique que nous venons de faire, qu'il existe chez E... *quatre* modalités psychopathiques d'*origine différente*, qui sont chez lui des coexistences, et non un état mixte hybride. Car elles ont évolué indistinctement et côte à côte, sans jamais mélanger leurs éléments, avec leurs caractères, leur marche et leur pronostic propres.

Nous sommes surtout autorisé à donner cette observation, quoique formée d'éléments en apparence très complexes, comme un type de délire multiple, parce que leur origine différente apparaît nettement : *épilepsie* de la mère pour l'*état comitial*, *vésanie* du père pour le *délire des persécutions* (transmission similaire), *excès de boissons* pour l'*alcoolisme*, *hérédité* pour les deux ordres d'états, *émotifs* et *impulsifs*, dont nous avons parlé, qu'on les réunisse ou non dans une même synthèse : *la dégénérescence mentale.*

CHAPITRE V

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Il nous resterait à nous occuper encore de bien des formes mentales qui ont leur droit de cité dans la psychologie morbide. Mais, comme nous le disions dans notre introduction, nous n'avons nullement eu l'intention, en commençant notre travail, de faire un traité didactique.

Pour être complet en effet, nous devrions encore passer en revue tous ces états morbides que l'on rencontre à chaque pas dans les services d'aliénés, et qui, sous le nom de *manie* ou de *mélancolie*, doivent être considérés comme des maladies de l'esprit, tantôt simplement symptomatiques, tantôt idiopathiques. Ces états peuvent se rencontrer et *coexister* avec d'autres manifestations psychologiques et, à ce titre, ils rentreraient dans le plan que nous nous sommes tracé au début de cet ouvrage.

Mais nous avons vu qu'en raison des dissi-

dences profondes qui existent concernant la nature de ces affections, dissidences sur lesquelles nous nous sommes suffisamment expliqué, nous avions, dès le début, pris le parti de ne pas les traiter dans un chapitre spécial et de n'en parler qu'incidemment. Notre inexpérience nous faisait un devoir de laisser dans l'ombre un point de doctrine encore en suspens.

Nous en dirons autant des vésanies repoussées par les uns de la nomenclature des maladies mentales, admises par les autres, comme le *délire ambitieux primitif* ou *mégalomanie*, le *délire hypocondriaque, idiopathique*, le *délire religieux*, etc.

Nous étendre dans des chapitres spéciaux sur ces déviations psychologiques, en les considérant comme de véritables maladies, comme des affections idiopathiques, c'eût été sortir de notre rôle et des limites de notre travail, c'eût été trancher audacieusement une question de principe, qui, à l'heure actuelle, divise encore les aliénistes.

Pour la même raison, nous ne parlerons pas non plus de toutes ces formes si nombreuses, placées sur les *frontières de la folie*, et que, dans une tentative de synthèse, justifiée ou non, on a voulu, tout récemment encore, englober sous le

nom d'*accidents de la dégénérescence*, de syndromes épisodiques, de stigmates psychiques de l'hérédité. Parmi tous ces phénomènes morbides, nous ne nous sommes occupé que de ceux, qui placés *en deçà* des frontières de la folie, nous ont paru ressortir sans conteste à la folie, à la psychologie morbide.

C'est dans cet ordre d'idées que, dans le cours de notre travail, nous avons parlé des états *émotifs* et des états *impulsifs*, qui, pour Morel et M. Falret, forment deux complexus pathologiques, distincts des autres phénomènes vésaniques.

Nous n'avons pas parlé non plus des troubles psychopathiques, dus, soit à l'hystérie, soit à la fièvre puerpérale. Les *folies hystériques* et les *folies puerpérales* ont cependant leur place marquée dans les cadres de la médecine mentale. Mais, ces maladies de l'esprit sont plutôt, des troubles mentaux généraux qui peuvent revêtir tous les aspects de la folie, depuis la manie et la mélancolie jusqu'aux délires à proprement parler (délire de persécution, de grandeur, etc.), que des formes vésaniques spéciales, ayant leur individualité propre.

En un mot, ces folies ne peuvent être consi-

dérées comme des *éléments simples;* et elles ne rentraient dès lors, plus dans les limites que nous nous sommes imposées, dans le cadre étroit que nous nous sommes tracé ; et, à ce titre, les phénomènes psychologiques de cet ordre, ne devaient pas trouver place dans cette étude.

Nous ne devions nous occuper que des *délires*, et nous avons, dans notre introduction, défini le sens limité que l'on doit attacher à cette dénomination.

Nous avons tenu parole. Nous avons successivement passé en revue les principales maladies de l'esprit, les affections délirantes, à *autonomie* propre.

Pour arriver à des conclusions rigoureuses, sérieuses, nous avons tenu à nous placer dans des conditions absolument à l'abri de toute critique.

Il y avait, pour cela, à tenir un très grand compte des questions de milieu, de terrain, qui impriment un cachet si variable à tous les délires ; et, pour ce faire, nous les avons étudiés dans leur *coexistence* chez le même individu. L'objection tirée de l'influence des tempéraments n'existait dès lors plus.

Comme nous le disions dans nos préliminaires, évitant les grandes considérations de doctrine,

nous nous sommes surtout placé à un point de vue pratique et médico-légal.

Or de l'étude comparée que nous venons de faire de ces principaux états psychopathiques, de notre étude comparée des délires ayant une autonomie propre, admise par tous, et basée sur la question des *coexistences*, nous croyons pouvoir tirer quelques conclusions générales :

Le *délire des persécutions idiopathique*, qui nous a d'abord occupé, c'est-à-dire la *Maladie de Lasègue,* a une existence propre, bien marquée dans les cadres de la médecine mentale. Sa place est en effet indiquée en traits de sang dans les annales de la médecine judiciaire. Il importe de ne pas confondre ce délire des persécutions idiopathique, malheureusement si répandu, avec les délires de persécution, en très grand nombre, symptomatiques d'autres affections mentales. Or la coexistence de cette terrible maladie de l'esprit, la plus terrible de toutes sans contredit, avec les délires en question, mieux dénommés *idées de persécution*, coexistence fréquente en clinique, est un excellent moyen d'étude pour le diagnostic différentiel.

Les observations de cet ordre prouvent en effet que la Maladie de Lasègue doit surtout être différenciée du *délire des persécutions alcooliques*, avec lequel elle présente de très grandes analogies. Le diagnostic différentiel de ces deux affections est d'une très grande importance en pratique et en médecine légale.

Le meilleur critérium, parmi de nombreux signes que nous avons longuement passés en revue, est l'expectation, qui ne modifie en rien le premier et qui guérit le second.

Les autres états morbides où dominent les idées de persécutions, qui peuvent être confondus avec le délire des persécutions de Lasègue, et même coexister avec lui, sont facilement reconnus.

Tous les délires de persécution symptomatique, quels qu'ils soient, n'ont pas, à beaucoup près, la même gravité que la Maladie de Lasègue. Car si le persécuté symptomatique *se tue* quelquefois, le persécuté vésanique, arrivé à la période de systématisation, *tue* souvent, quand il est abandonné à lui-même. On doit dire même, pour être juste, que le persécuté arrive fatalement à la persécution *active*, qui est une phase obligée de son délire. Parvenu à cette période, s'il n'est pas séquestré, il réagit forcément contre ses *persécuteurs* imaginaires. De *persécuté*

il devient *persécuteur*, et on a alors sous les yeux le tableau de ces aliénés homicides, dont les hauts faits remplissent les annales de la Spécialité, et les annales judiciaires.

Après *les délires de persécution* vient le délire comitial. Le *délire épileptique* est un trouble psychique qui présente de grandes analogies avec le délire alcoolique subaigu, avec lequel il peut du reste coexister.

On doit même dire que cette complication du délire épileptique par le délire alcoolique est un fait fréquent. L'état mental des comitiaux qui les pousse à tous les excès, et surtout aux abus alcooliques, explique cette association, et sa fréquence. Et cependant les excès d'alcool ont une influence déplorable sur les attaques des épileptiques, qu'ils provoquent. Nous avons cité, à l'appui de cette manière de voir, des observations concluantes d'épileptiques, qui « comptaient le nombre de leurs attaques par le nombre de leurs ribotes » (Magnan). — Les rapports, très étroits, du reste, qui existent, entre l'alcoolisme et l'épilepsie, seront repris plus en détail dans la seconde partie de notre travail; on verra alors, que non seulement les excès alcooliques peuvent *occasionner* les attaques chez un épileptique, mais qu'ils peuvent provoquer chez des individus non entachés d'épi-

lepsie, des troubles *épileptiformes*, convulsifs. Nous nous étendrons alors sur la signification de cette dénomination, *épilepsie alcoolique*, qui prête à la confusion, et sur laquelle les auteurs ne s'accordent pas, ainsi que sur l'expression *épilepsie absinthique*.

L'étude du délire épileptique, et de sa coexistence avec l'alcoolisme et avec le délire des persécutions présente un intérêt clinique et médico-légal de la plus haute importance. Sans nous étendre ici sur ses caractères, et sur les signes qui permettent d'affirmer son existence, nous indiquerons surtout l'*inconscience*, qui est pour ainsi dire la marque de fabrique du délire comitial, et qui, à l'exclusion de tous les autres, doit mettre sur la voie du diagnostic.

Il est enfin une maladie, une psychopathie, qui a pris dans ces derniers temps, surtout dans la population des villes, un accroissement considérable, et qui devait par là même, et en raison de ses caractères bien spéciaux, attirer notre attention. Nous voulons parler de la *paralysie générale*, qui revêt si souvent la forme de *délire des grandeurs*, que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un aliéné *ambitieux* il faut songer au *délire paralytique*.

Dans la grande majorité des cas le délire des grandeurs est symptomatique de la paralysie générale. Il forme avec le *délire hypocondriaque*, le masque ordinaire de cette affection dont le pronostic est *toujours* fatal, quoi qu'en aient dit certains auteurs.

Ces deux modalités cliniques, qui sont isolées, forment la *folie paralytique* de Baillarger, que cet auteur oppose à la *démence paralytique*.

Quand ces deux états (folie paralytique et démence paralytique) coexistent ou alternent, ils ne doivent pas être considérés comme deux états psychologiques étrangers l'un à l'autre, mais bien comme formant une seule et même maladie, comme un état, hybride, ayant pour critérium clinique, la démence ou la perte des facultés mentales, et pour signature anatomique les adhérences des méninges. Autrement dit, si, de par l'observation clinique attentive, on est forcé d'admettre l'existence de la *folie paralytique* dont nous avons donné plus haut, du reste, deux observations très nettes, on est d'autre part autorisé, en s'appuyant sur des faits nombreux, à admettre que cette folie paralytique, en tant que maladie isolée, n'est qu'une *phase*, qu'un épisode, dans le cours d'une maladie générale. Ce qu'on est autorisé d'autre part à affirmer, c'est

que ce délire, à individualité propre pendant quelque temps, se terminera forcément, à un moment donné, par la perte complète de toutes les facultés mentales. On peut affirmer, en effet, que la folie paralytique se terminera à une échéance quelquefois lointaine, mais certaine, par la maladie à évolution progressive, caractérisée par la *démence*, et qu'on appelle la *paralysie générale*.

La *paralysie générale* peut coexister avec l'alcoolisme, beaucoup plus rarement avec la débilité mentale. Elle pourrait même coexister d'après certains auteurs, avec le délire des persécutions de Lasègue.

Les délires multiples sont fréquents en médecine mentale, et leur étude présente toujours un grand intérêt pratique, et surtout médico-légal.

L'écueil à éviter dans les études de ce genre, c'est de confondre l'*association* de plusieurs délires chez un même malade avec la *combinaison* de plusieurs éléments morbides. En pareil cas, en effet, les différents délires évoluent, côte à côte, sans jamais se mélanger, et forment, non un état *hybride*, mais une *coexistence*, ce qui est absolument différent, au point de vue du traitement et du pronostic.

De plus il est très souvent possible, lorsqu'on se trouve en face d'un aliéné à délires multiples, de remonter aux causes de chaque délire et d'en trouver l'origine chez les ascendants. Dans l'espèce, la vésanie du père et l'épilepsie de la mère expliqueraient chez le produit la présence simultanée du délire des persécutions et du délire comitial.

Dans cette ordre d'idées, on a pu observer chez des aliénés, non seulement un *double* délire multiple, mais un *triple,* et même un *quadruple* délire.

L'intervention thérapeutique est un mode de diagnostic précieux en pareil cas. Si on se trouve, par exemple, en présence d'un aliéné à la fois *persécuté, alcoolique* et *épileptique*, comme nous en avons cité des exemples, le bromure de potassium, en amendant le délire comitial et les attaques convulsives, décélera l'épilepsie, la séquestration guérira l'éthylisme, seul le délire des persécutions continuera sa terrible évolution.

DEUXIÈME PARTIE

Des Délires toxiques et des États toxiques considérés surtout dans leurs rapports réciproques

« ... Ne devient pas alcoolique qui veut... »

LASÈGUE.

Délires alcoolique et toxiques : (Morphinomanie. — Absinthisme. — Éthéromanie. — Chloralisme. — Bromisme. — Cocaïnomanie. — Théisme. — Vanillisme.)

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

Nous n'avons nullement l'intention, dans une revue rapide, de faire ici l'histoire complète de ces intoxications qui se multiplient tous les jours et qu'on trouve décrites dans les annales de la Spécialité. L'alcoolisme, l'absinthisme, le morphinisme, l'éthéromanie, le chloralisme, le chloroformisme, le bromisme, le cocaïnisme, le vanillisme, le théisme, etc., et les états analogues, sont maintenant assez connus, grâce à un con-

cours de circonstances malheureuses, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, et qui ont livré des faits nombreux à l'observation du médecin et du philosophe.

Aussi, loin de nous l'idée de décrire, tous ces états bizarres, tous ces délires artificiels, acquis, si particuliers, engendrés par l'abus de substances variées, et si différents des états délirants, vésaniques ou autres, que l'on rencontre ordinairement dans les asiles d'aliénés.

Il nous eût fallu, pour cela, des développements trop longs.

Mais, placé dans un milieu favorable, il nous a été donné d'observer, à plusieurs reprises *chez un même individu,* la présence simultanée de quelques-unes de ces intoxications, ou leur succession; nous nous sommes ainsi trouvé dans des conditions d'étude très avantageuses, qui nous ont engagé, nous aussi, à aborder le sujet, en nous plaçant, il est vrai, à un point de vue particulier.

Nous pouvons dans ces conditions, sans qu'il soit besoin d'entrer dans des considérations qui, sans cela, nécessiteraient forcément de longs développements, nous contentant de quelques aperçus, arriver, néanmoins à des conclusions légitimes. — En effet, ce qui complique souvent,

en médecine mentale, l'étude des délires en général, c'est l'influence du milieu, des caractères, de l'état mental ordinaire du malade en un mot; et c'est ce qui fait que, souvent, on a toute les peines du monde à mettre une étiquette sur tel état délirant observé, à le classer, parce que, précisément, en raison des réactions *individuelles* si trompeuses, il semble s'éloigner du type classique.

Combien les études psychologiques seraient simplifiées, si, parmi les aliénés, on n'avait affaire qu'à un terrain unique; si, en particulier; pour les *délires toxiques,* les milieux ne variaient pas, et s'il n'y avait à considérer que les agents d'intoxication, sans tenir compte des tempéraments!

On conçoit, sans qu'il soit besoin d'insister, quelle importance, quelle valeur acquerraient des conclusions basées sur des observations de ce genre.

Or, l'étude des délires toxiques multiples, l'étude de la coexistence *chez un même individu* de plusieurs intoxications, remplit jusqu'à un certain point ce desideratum. — On comprend que l'analyse, chez un seul aliéné, de ces différents états délirants, ne soit pas un exposé banal de faits cliniques, mais bien une observation d'une importance considérable. Une simple ob-

servation de ce genre permettrait d'avoir des notions exactes, vraies, sur les différents empoisonnements chroniques ; alors que, dans le cas contraire, pour arriver à des conclusions sérieuses, il faudrait forcément entasser de nombreux faits. Car on sait, bien qu'on ait abusé de l'argument, que chaque organisme réagit à sa manière, et que, dès lors, les effets de telle et telle maladie et, dans l'espèce, de telle et telle intoxication, ne sont pas comparables entre eux. — Or, avec la question des coexistences, qui, en pathologie mentale, joue un si grand rôle (elle est intimement liée à la question de la pluralité, et de l'indépendance des facultés intellectuelles), cet argument, dont on ne saurait méconnaître la valeur, n'existe plus. Dans une étude de cette nature, l'écueil dont il s'agit, et contre lequel viennent se heurter tous les cliniciens, non seulement en médecine mentale, mais aussi, en médecine ordinaire, disparaît, au grand avantage du malade lui-même, pour qui dès lors l'intervention thérapeutique n'est plus incertaine.

Nous avons pensé, pour toutes ces raisons, qu'il pourrait y avoir un certain intérêt à publier et à commenter quelques faits de *délires toxiques* ayant évolué chez un seul individu, faits qu'il nous a été donné pour la plupart, d'observer

depuis deux ans, à Sainte-Anne, dans un service où nous sommes chef de clinique.

Nous demanderons la permission d'entrer, à ce sujet, dans quelques considérations à propos des intoxications *les plus à la mode*, sans, bien entendu, nous attarder dans des études déjà faites.

Nous nous appesantirons sur les points moins connus, moins étudiés, insistant surtout, comme l'indique, du reste, le titre de notre article, sur le côté psycho-sensoriel de ces empoisonnements et sur leur *diagnostic différentiel*, qui devra, naturellement, être le point principal sur lequel portera nos efforts.

Nous laisserons au second plan le point de vue purement descriptif, étiologique ou symtomatique.

Mais *l'état mental* des intoxiqués attirera aussi spécialement notre attention. Car, dans l'étude de ces passions artificielles, quel qu'en soit le nom, nous aurons surtout en vue de prouver que, dans toutes, il y a *une question de terrain qui prime tout;* que, pour tout empoisonnement, que, pour tout délire toxique, quelle qu'en soit la nature, il faut, avant toute chose, considérer l'intoxiqué, lui-même, aussi bien pour comprendre les facilités, les conditions de son imprégnation, que pour expliquer les causes, l'origine de sa

passion. Nous essaierons, à ce propos, de démontrer que la question, des substances employées (boissons ou drogues médicamenteuses), des agents d'intoxication, dont on abuse et qu'on recherche, est une question secondaire bien souvent. Dans ce qu'une pareille allégation semble avoir de paradoxal, nous irons même plus loin : et, aux risques de voir s'élever contre nous certains auteurs (car cela revient à dire que les plus intoxiqués, les plus touchés au point de vue mental, ne sont pas les plus coupables, ne sont pas ceux qui font le plus d'excès), nous ajouterons, qu'assez souvent aussi, selon nous, les questions de dose sont des quantités négligeables.

Nous nous plaçons ici, bien entendu, exclusivement au point de vue de l'étude des délires et nous envisageons le sujet simplement en aliéniste, nullement en philosophe ou en moraliste.

Ce n'est, du reste, pas là un point de vue nouveau. Il y a longtemps que notre maître à tous, en médecine mentale, avait émis sous une autre forme la même idée pour la première fois.

Il y a longtemps que le grand aliéniste Lasègue avait mis cette vérité clinique en lumière (pour un délire toxique au moins, et le plus commun de tous, le délire alcoolique), lorsqu'il

disait, avec ce bonheur d'expression dont il avait le secret :

« ... Ne devient pas alcoolique qui veut. » Nous essaierons de montrer que cette proposition, admise depuis par tous les aliénistes, et qu'on se plaît à citer, parce qu'elle est éminemment conforme à l'observation journalière des malades des Asiles, est vraie, non seulement pour l'intoxication éthylique, mais aussi pour les autres intoxications.

Nous essaierons de montrer que la formule léguée par Lasègue est vraie aussi pour toutes ces passions artificielles, dont nous citions quelques-unes plus haut, quelle que soit leur dénomination, et Dieu sait si, depuis quelques années, le nombre s'en est accru !

Là est surtout notre but, et nous croyons y arriver précisément en nous appuyant sur des faits d'intoxications multiples, de délires toxiques associés, de passions artificielles d'origines différentes, observés chez le *même* individu.

Nous ne voulons pas dire qu'il serait dépourvu d'intérêt d'envisager ces états toxiques sous d'autres faces. Mais, aussi limité que nous le sommes par l'espace et par notre sujet, nous nous proposons surtout d'insister sur le *diag-*

nostic différentiel des délires toxiques et sur l'*état mental* des intoxiqués.

Nous nous attacherons surtout à ces deux points, parce que nous pensons que là est le côté vraiment pratique de la question. Nous négligerons à dessein la partie purement anecdotique du sujet que l'on trouve dans toutes les descriptions sur la matière, et dont certains auteurs ont abusé, séduits qu'ils étaient précisément par des considérations plus littéraires que scientifiques, et, sacrifiaient ainsi à la forme au détriment du fond, quelquefois même de la vérité clinique.

Abordons donc l'étude des faits, nous verrons ensuite quelle conclusion il nous est permis d'en tirer.

Nous allons, naturellement, commencer par étudier les cas de délires toxiques multiples dans lesquels l'intoxication la plus commune, le délire toxique par excellence, l'*alcoolisme*, est l'élément principal. Hâtons-nous d'ajouter que les cas, dans lesquels le délire éthylique vient s'associer à une autre intoxication, pour compliquer et aggraver ainsi le pronostic, sont, de beaucoup, les plus communs.

CHAPITRE II

DE L'ALCOOLISME DANS SES RAPPORTS AVEC LA QUESTION DES DÉLIRES TOXIQUES MULTIPLES. — SA COEXISTENCE CHEZ LE MÊME INDIVIDU, AVEC D'AUTRES INTOXICATIONS.

Nous avons montré, ailleurs, avec de nombreux faits cliniques à l'appui, que l'alcoolisme venait souvent compliquer, chez un même individu, différents états psychopathiques, vésaniques, comitiaux ou autres. Nous avons étudié en détail les cas dans lesquels le *délire alcoolique* double la *paralysie générale*. Dans ce travail, nous avons passé en revue des observations dans lesquelles l'éthylisme complique le *délire des persécutions* ou *Maladie de Lasègue*, le *mal comitial*, la *dégénérescence mentale héréditaire*, etc.

Dans tous ces cas, l'alcoolisme a un délire spécial, à cachet spécial, qui, tout en influençant le délire primitif, conserve ses allures, son évolution, ses caractères propres, son autonomie

en un mot, qui permettent de le distinguer et de l'analyser.

Nous avons suffisamment montré alors, en y insistant beaucoup, sans qu'il soit besoin d'y revenir ici, que, dans ces différents cas, il y avait réellement une *coexistence* et non pas une *combinaison*, un *hybride* de plusieurs états délirants ; nous avons cherché à développer cette idée, qui n'est pas nouvelle, du reste, que la possibilité de ces coexistences de plusieurs délires était prouvée par l'*étiologie* (transmission *héréditaire* similaire, ou *excès*), par l'*évolution*, et surtout par l'*intervention*, qui sert de pierre de touche.

On pourra, en effet, dans le cours de ce mémoire, trouver plusieurs observations dans lesquelles ce procédé d'analyse fait voir différents délires, évoluant chez le même individu, côte à côte, comme de véritables *états coexistants*, sans jamais mélanger leurs éléments, sans jamais *se combiner*.

Nous y avons insisté également sur l'importance médico-légale de ces délires proprements dits et nous y reviendrons.

Il y a enfin, à propos de la question des délires multiples et en particulier des états alcooliques, un point de vérité historique que nous avons tenu

à rétablir et à bien mettre en lumière à ce moment.

Et nous tenons à rappeler ici, avant d'aller plus loin, que le nom de Lasègue, dans l'histoire des délires multiples, aussi bien toxiques que vésaniques, doit figurer au premier rang.

Dans les monographies, assez nombreuses, dont quelques-unes très remarquables, qui ont été écrites sur la question, il n'en est pas fait mention. Or, nous pourrions rappeler, si nous ne l'avions déjà fait, ses travaux concernant la coexistence de l'alcoolisme et du délire de persécution, de l'alcoolisme et de la paralysie générale, etc. Et c'est pour rétablir la vérité, et pour protester contre un pareil oubli, d'autant plus regrettable que ceux qui l'ont commis sont des auteurs et des spécialistes autorisés, que nous tenons à proclamer bien haut, ici encore, cette priorité.

Cette question de la coexistence de l'alcoolisme avec les différents délires, vésaniques ou autres, n'a que des rapports lointains, du reste, avec la question dont nous nous occupons ici, des *délires toxiques multiples*, mais nous devions l'indiquer, avant de rentrer dans notre sujet.

Nous allons aborder maintenant les cas plus difficiles à analyser, où l'éthylisme ne complique

plus un état vésanique, mais bien une autre intoxication.

Nous limiterons, bien entendu, la discussion et nous ne nous occuperons que des cas qui peuvent se présenter en clinique et offrir un intérêt pratique ou médico-légal de quelque importance.

§ I

COEXISTENCE ET ALTERNANCE DE L'ALCOOLISME ET DE L'ABSINTHISME

Il y a, dans cet ordre d'idées, en tête des délires toxiques multiples, une association que l'on rencontre fréquemment dans les milieux spéciaux et qu'il importe de bien connaître, c'est la coexistence de l'*alcoolisme* et de l'*absinthisme*.

Il y a, entre ces deux intoxications, des liens de parenté tellement étroits, que pendant longtemps (et actuellement, bien des médecins sont encore de cet avis), on a prétendu qu'il était impossible de discerner ce qui appartient à l'une et à l'autre.

Disons même, qu'en parlant ici, dans un chapitre spécial, de la coexistence chez un même individu de ces deux états, nous nous séparons

d'une opinion généralement admise par les auteurs qui ont abordé ce point d'étude particulier, ce diagnostic différentiel, et qui prétendent qu'il est impossible, chez un buveur *intoxiqué*, de différencier les effets produits par l'absinthe, des effets produits par l'alcool.

Eh bien! fort d'un certain nombre de faits pris dans un service où nous étions bien placé, non seulement pour observer un grand nombre de malades de cette catégorie, mais pour les observer au début de leur séquestration, ce qui est un avantage inestimable pour une étude de ce genre, nous sommes très porté à rompre avec la tradition. Nous sommes très porté à penser que souvent (nous parlons, bien entendu, de la véritable intoxication, du délire en un mot, et non pas, simplement, de l'abus des agents en question, des accidents d'ivresse), quand il y a eu des excès d'absinthe journaliers et multipliés, chez un buveur, qui, depuis longtemps, par surcroît du reste, se livre à l'usage des boissons alcooliques, nous sommes très porté à penser que cette dissociation est possible. — Ce qui revient, par conséquent, à dire, que l'alcoolisme et l'absinthisme sont deux états, quoique très rapprochés, différents, et justiciables, dès lors, d'une description symptomatique, et surtout d'un pro-

nostic différents, d'une thérapeutique différente.

On sait du reste, depuis longtemps, qu'il y a, dans la *liqueur d'absinthe*, consommée quotidiennement, un effet particulier, bien connu de ses partisans, effet qui n'est pas dû à l'alcool qu'on y trouve, du reste, en grande quantité, mais à un agent spécial, l'*essence d'absinthe*. Quoi d'étonnant alors, *a priori*, puisque l'effet immédiat est si différent de l'effet des boissons alcooliques ordinaires, que les effets lointains, c'est-à-dire l'intoxication, l'empoisonnement, puis le délire, soient des effets si différents de l'éthylisme !

Il y a, évidemment, un certain nombre de symptômes qui font partie, à la fois, de ces deux intoxications, et qui, lorsqu'ils se trouvent réunis, par exemple, chez un alcoolique délirant ayant fait des excès d'absinthe en dehors de ses abus éthyliques ordinaires, se ressemblent beaucoup; tels sont : les troubles physiques (tremblements, catarrhes, etc.), quelques troubles psychiques (hallucinations terrifiantes, crises nocturnes, etc.). Il est difficile, en effet, je crois, de dire quels sont les caractères qui différencient les hallucinations visuelles absinthiques des hallucinations simplement alcooliques.

Mais, en dehors de ces symptômes communs,

ou ayant, à peu de choses près, le même cachet, il y a, croyons-nous, certains autres signes différentiels, qui permettent à l'observateur attentif d'établir, dans bien des cas, une différence entre ces deux états, et qui justifient, dans l'espèce, leur dissociation, quand ils se trouvent réunis sur le même terrain.

Et c'est, précisément, sur ces signes différentiels, et sur des considérations d'ordre particulier, que nous allons maintenant insister, pour justifier cette dissociation.

Nous croyons, ainsi, arriver à prouver qu'il est possible, assez souvent, de différencier les symptômes de l'alcoolisme et de l'absinthisme, et qu'on peut, chez un seul individu, pour le point qui nous occupe, reconnaître la part efficiente de chacun des éléments. Pour notre part, nous avons recueilli, parmi beaucoup d'autres, une dizaine d'observations très probantes d'alcooliques, chez qui l'intoxication absinthique pouvait être reconnue et distraite. Forcé de faire un choix, nous en donnerons, qui, sous ce rapport, nous ont paru assez probantes.

1°. — RAPIDITÉ D'EXPLOSION ET D'ÉVOLUTION DES ACCIDENTS DE L'ABSINTHISME.

Il y a d'abord un premier point que nous avons remarqué, et qu'il est facile de vérifier en interrogeant les aliénés, que l'on appelle, dans le service de la Clinique, des *Africains*[1].

Chez cette classe d'absinthiques, qui cependant pour la plupart se sont adonnés *tout d'un coup* à l'usage immodéré de cette boisson, l'apparition des troubles psychiques est beaucoup plus rapide que pour l'usage d'une autre boisson alcoolique ; X... (Obs. I), qui représente pour nous un type achevé d'absinthique, en est un exemple frappant. Au bout de huit jours, il est très précis sur ce point; les cauchemars, les rêves, les hallucinations terrifiantes ont commencé à paraître. C'est là une remarque intéressante, car l'alcool pur ne produit pas généralement des effets si prompts.

M. Motet[2] avait, dès 1859, signalé cette explo-

[1] M. le professeur Ball appelle ainsi cette classe, bien spéciale d'absinthiques, composée d'anciens soldats qui ont passé leur temps de service en Afrique, et qui ont fait à cette époque un usage immodéré de l'absinthe, en raison du prix modique de cette liqueur dans ce pays.

[2] Motet. Thèse de Paris, 1859. *Considérations générales sur l'alcoolisme, et, plus particulièrement, des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe.*

sion si rapide et M. Magnan, en 1874, y revient en y insistant tout spécialement [1].

C'est là, en effet, croyons-nous, un excellent point de diagnostic différentiel.

Sous ce rapport, comme nous le disions plus haut, l'alcoolisme des soldats qui ont fait leur service militaire en Afrique est très instructif; l'absinthe s'y vend très bon marché; et, d'autre part, se trouvant absolument dépaysés, ils se livrent, sans mesure, à des excès d'absinthe, pour y chercher une consolation. Les conséquences d'une pareille manière de faire ne se font pas longtemps attendre; et, au bout de très peu de temps, ils sont intoxiqués. Les rapports des médecins militaires ne laissent aucun doute à ce sujet[2].

Ainsi donc, quand on se trouve en face d'un homme qui déclare avoir eu des accidents sérieux, *très peu de temps* après des excès de boissons, allez aux renseignements, interrogez-le, lui et ses proches, et souvent on apprendra qu'il faisait des abus d'absinthe.

Bien qu'il ne faille pas trop assimiler, dans la question d'intoxication, les effets obtenus sur les animaux et sur l'homme, il était à présumer, par

[1] *Traité de l'alcoolisme* (1874).

[2] Vétaut. Thèse de Paris, 1887.

analogie, que, chez ce dernier, l'imprégnation devait être rapide. On savait en effet, par des expériences acquises, que les hallucinations terrifiantes chez les chiens, après une injection d'*essence d'absinthe*, apparaissaient au bout de trois quarts d'heure, une heure au plus. Dans une expérience de M. Challand, on voit des hallucinations apparaître plus rapidement encore, après une demi-heure. Il a fallu, au contraire, dans une expérience de M. Magnan, quinze jours d'intoxication prolongée par l'*alcool*, pour déterminer chez un chien des hallucinations terrifiantes[1].

On a donc, quand on peut obtenir des renseignements sur les antécédents, dans *la rapidité de l'intoxication*, un bon signe différentiel pour l'absinthisme, et on ne devra pas le négliger chez un alcoolique.

2°. — ACCIDENTS CONVULSIFS PROVOQUÉS PAR L'ABSINTHISME. — PHÉNOMÈNES ÉPILEPTIFORMES. — DE L'ÉPILEPSIE ABSINTHIQUE. — RAPPROCHEMENT AVEC L'ÉPILEPSIE ALCOOLIQUE.

Il y a un second signe qui, pour certains auteurs, serait un signe irrécusable, visible pour

[1] Marcé. Note sur l'action toxique de l'essence d'absinthe (Académie des sciences, 1864). — Motet. Thèse cit., 1859. — Challand. Thèse de Paris, 1871 (comptes rendus). — Magnan. *Etude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe, épilepsie absinthique*, 1871.

tous; nous voulons parler des accidents convulsifs, qui ont donné lieu aux discussions les plus vives voilà quelques années, et que l'on trouverait chez presque tous les alcooliques absinthiques.

Pour certains auteurs (Motet, Magnan), quand, dans le cours de l'alcoolisme, on voit des attaques convulsives survenir, ces attaques doivent être imputées exclusivement à des abus d'absinthe surajoutés; pour M. Magnan, même, les seuls excès d'alcool, si accentués qu'ils soient, ne produiraient jamais de convulsions épileptiformes, s'il ne vient pas s'y joindre les abus en question.

De plus, et c'est là le point le plus contesté de cette doctrine, dans ce cas, l'*épilepsie absinthique* (c'est le nom que donnent à cet état convulsif les partisans de cette théorie) aurait absolument les mêmes caractères, les mêmes symptômes, y compris l'*inconscience*, que l'épileptie comitiale, que l'épilepsie essentielle. De sorte, que le seul point de diagnostic possible entre les deux épilepsies, ne consisterait plus que dans les antécédents *præconvulsifs* du malade (excès d'absinthe, etc.), et surtout, dans les effets de la suppression; car on pourrait arguer que les excès, mêmes avérés, ont été une simple cause occasionnelle chez un prédisposé, tandis que le diagnostic basé sur le

résultat de la *non-intervention* paraît plus à l'abri de la critique. En effet, un *épileptique-absinthique*, séquestré et privé de son absinthe, verrait ses crises disparaître, pendant qu'un *comitial vrai*, même dans ces conditions, verrait, au contraire, ses attaques continuer[1].

Ces idées sont repoussées par les partisans de la doctrine généralement admise. Pour ceux-ci (Lasègue, Ball, etc.) les attaques convulsives chez les alcooliques, attribuées à l'essence d'absinthe par la doctrine précédente, sont dues, non à l'absinthe, mais à l'alcool. Pour eux, l'épilepsie absinthique n'existerait pas; il n'y aurait qu'une *épilepsie alcoolique*.

Et encore, cette dénomination, qui a prévalu dans le langage courant, serait mauvaise, impropre, car il n'y aurait pas, alors, épilepsie à proprement parler, mais bien simplement, *attaques alcooliques épileptiformes*. En effet, les caractères de l'épilepsie vraie ne s'y retrouveraient pas, entre autres *l'inconscience absolue*, et on ne saurait, dès lors établir la moindre assimilation entre les attaques de l'*épilepsie franche*, et les attaques de l'*alcoolisme convulsif*.

[1] Dans le travail dont nous parlions plus haut, nous avons, du reste, à l'historique critique, dit un mot de ces deux doctrines opposées. (G. Pichon, in *Encéphale*, juillet 1887. Des délires multiples.)

Il ne nous appartient pas d'émettre, dans ce conflit, un avis personnel ; nous nous contenterons de dire, que, entre autres faits, dans deux de nos observations (Obs. III et IV) nous avons trouvé, chez des absinthiques avérés, des crises d'épilepsie. Dans ces cas, nous avons eu la preuve que l'absinthe a été non seulement la cause occasionnelle, mais la cause efficiente des attaques.

3°. — TROUBLES SENSITIVO-SENSORIELS DUS A L'ABUS DE L'ABSINTHE. — ÉTAT DES RÉFLEXES

Dans le même ordre d'idées nous ne devons pas omettre de signaler un autre signe de diagnostic différentiel, celui-là moins contestable, fourni par l'examen de la sensibilité générale.

Il ne nous a que bien rarement fait défaut quand nous avons recherché l'absinthisme chez un alcoolique ; nous voulons parler *des troubles de la sensibilité générale*, si bien mis en lumière par M. Lancereaux dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, et dans ses leçons cliniques de la Pitié.

On sait, en effet, qu'un symptôme commun, chez les alcooliques, est une *diminution* des réflexes, pouvant aller jusqu'à l'*abolition* complète,

chez les alcooliques chroniques ; c'est, du moins, ce qui ressort de l'observation clinique, et des derniers travaux d'Œtinger [1], de Brissaud [2], de Leval-Picquechef [3].

Les plus touchés sont les réflexes patellaire, plantaire, pupillaire, qui sont plus ou moins diminués. Or, dans l'absinthisme, ce que l'on note, c'est l'*exagération* de ces mêmes réflexes, si bien mise en lumière par le médecin de la Pitié chez les buveurs d'absinthe [4].

4°. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — HYPÉRESTHÉSIES ET ANESTHÉSIES. — TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS ET IMPULSIONS VIOLENTES DANS L'ABSINTHISME.

Il y a, enfin, une forme d'exaltation de la sensibilité générale que nous regardons comme un bon symptôme différentiel d'intoxication absinthique, c'est l'*hypéresthésie* dite en *botte* et en *brodequin*, également bien mise en lumière par l'auteur de l'article du Dechambre, et l'*hypéresthésie abdominale*.

Il suffit, chez les absinthiques, de chatouiller légèrement la peau des extrémités inférieures

[1] Œtinger. Thèse de Paris, 1885.

[2] Brissaud. *Des paralysies toxiques*, 1886. — Thèse d'agrégation.

[3] Leval-Picquechef. *Des pseudo-tabes*. 1886 (Lille).

[4] Leçons cliniques et *Union médicale*, n° 79, p. 953, 1886.

pour provoquer, immédiatement, le retrait de la jambe.

Chez certains buveurs d'absinthe, ce phénomène est tellement accentué, qu'ils sautent hors de leur lit et font de véritables bonds pour échapper au simple chatouillement des parties indiquées.

Ces troubles hypéresthésiques sont, pensons-nous, avec l'exaltation des réflexes, un excellent signe différentiel chez un alcoolique de l'intoxication par l'absinthe ; d'autant que, dans l'alcoolisme, à part la première période où il existe également une certaine hypéresthésie, il y a *anesthésie* des *mêmes* régions (anesthésie en botte, en brodequin), et, anesthésie telle, quelquefois, que l'on peut les traverser avec une aiguille sans provoquer la moindre douleur[1], comme cela nous est arrivé bien des fois.

Pour les autres phénomènes, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre psycho-sensoriel, ils sont quasi identiques, dans l'alcoolisme et dans l'absinthisme. Ainsi dans les deux intoxications, ce sont, comme nous le disions, les mêmes hallucinations terrifiantes, les mêmes crises nocturnes, les mêmes tremblements, les mêmes

[1] Charcot. Leçons 1884 et 1885 et Leroux in *Journal de Cornil*, n° 25, 1886.

paralysies (paralysies toxiques des extenseurs). les mêmes troubles visuels (dyschromatopsie, scotôme central, anémie de la papille allant souvent jusqu'à l'atrophie blanche).

Dans les troubles psychiques, la seule différence consiste dans la marche : on verra dans nos observations qu'elle est beaucoup plus rapide, et que, l'évolution des accidents dans l'absinthisme, marche quelquefois à pas de géant, chez certains intoxiqués prédisposés. On verra dans une de nos observations, que la démence, chez un buveur d'absinthe, il est vrai des plus invétérés, est venue au bout de quatre à cinq ans.

Il y a aussi, dans l'ordre psychique, chez l'absinthique, un phénomène, sinon étranger à l'alcoolisme, du moins beaucoup plus accentué, se sont les *impulsions*. L'exemple de H... (Obs. II) est très instructif à ce point de vue.

Elles acquièrent alors quelquefois, comme chez H..., une irrésistibilité quasi comitiale, à tel point, que les malades sont quelquefois obligés de demander eux-mêmes leur internement, pour ne pas se laisser entraîner à des violences criminelles.

Il y a aussi dans l'appétence créée par l'habitude, par l'accoutumance, une grande différence entre l'absinthique et l'alcoolique pur ; un alcoo-

lique guérira quelquefois, quoique bien rarement, et les aliénistes sont bien fixés sur la rareté de ces guérisons, un absinthique *récidivera toujours*.

On peut, je crois, sous ce rapport, rapprocher l'absinthique du morphinique.

Il y a, en effet, entre les effets de ces deux poisons la plus grande analogie ; l'absinthe semble produire chez l'intoxiqué une sorte de besoin psycho-somatique, comme la morphine ; et l'on devient, peut-être, peu à peu absinthique, comme l'on devient morphinique, par *besoin vital*.

Dans l'absinthisme, comme dans le morphinisme, n'y a-t-il pas même accoutumance physiologique, même attrait irrésistible, même malaise par suite de la privation du poison ?

La suppression de l'absinthe a quelques analogies, en effet, psychiquement du moins, avec l'abstinence morphinique (l'*abstinenz-symptôme* des Allemands, l'*amorphinisme* de Charcot et Jouet). On trouvera, dans notre observation II, un exemple frappant, à ce point de vue, de l'analogie qui existe entre ces deux intoxications.

Il y a donc encore là une différence entre l'absinthe et l'alcool. Car l'alcool ne semble pas, à beaucoup près, provoquer la même appétence, la même passion quasi irrésistible, le même malaise à la suite de la suppression, et ne présente

aucun point de comparaison avec la morphine.

Quoi qu'il en soit, à l'aide des points de repère de diagnostic différentiel que nous venons de passer en revue, on est, je crois, autorisé à dire que, dans bien des cas, on pourra distinguer l'absinthisme de l'alcoolisme pur. Dans bien des cas, pour le sujet qui nous occupe plus spécialement, on pourra diagnostiquer, chez un alcoolique, qui a fait, par surcroît, de nombreux excès d'absinthe, la coexistence de l'absinthisme et de l'éthylisme, et dissocier ces deux états.

Les observations qui vont suivre et que nous donnons en résumé en sont une preuve. Nous aurions pu les multiplier, mais pour ne pas abuser de l'attention du lecteur, nous ne donnons, ici, que les plus probantes.

I. — Jules D.... cinquante ans, entre à la Clinique de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne, le 7 juillet 1886.

C'est un alcoolique impénitent qui depuis un certain nombre d'années, fait des excès de boissons.

C'est, de plus, un *Africain;* pendant son service militaire en Afrique, il a bu de l'absinthe en grande quantité. Il ne s'en est pas déshabitué, et actuellement il en boit jusqu'à 10 verres

par jour, quelquefois plus. Hallucinations temporaires, et surtout hallucinations de la sensibilité générale, cauchemars, croit tomber la nuit dans un précipice; s'est levé une nuit et a couru dans la rue pour fuir des voleurs qui le poursuivaient. D... a quelques idées de persécutions et croit que sa femme lui en veut; mais ce délire des persécutions n'a rien de systématisé; on arrive facilement, comme pour tous les persécutés ivrognes, à le convaincre de la fausseté de ses conceptions. Il a été arrêté et conduit à l'Infirmerie Spéciale pour avoir voulu frapper avec un couteau un pharmacien inoffensif. Voilà pour les excès alcooliques, avoués du reste par le malade, qui déclare boire quatre à cinq *gouttes* le matin, ce qui, cela va sans dire, a provoqué chez lui depuis longtemps des pituites matinales.

Mais les nombreux excès d'absinthe qu'il a faits en plus, ont produit aussi chez lui des troubles qui ne laissent aucun doute sur leur origine, et sont facilement reconnaissables. Disons tout d'abord que le malade a vu chez lui les phénomènes psycho-sensoriels se produire extrêmement vite lors de son séjour en Afrique, ce qui fait qu'il a été quelques années corrigé, mais il est vite retombé dans sa passion. Actuellement, ce que l'on remarque surtout, c'est une exagé-

ration du réflexe patellaire et plantaire considérable. Lorsqu'on lui percute le tendon rotulien, la pointe du pied est projetée avec violence, et décrit une courbe de plus de 90°; étant assis, si on lui frôle même légèrement la plante des pieds, il se renverse en arrière violemment et renverserait sa chaise si on ne la retenait pas. L'*hypéresthésie en botte* et en *brodequin* des extrémités inférieures est également des plus nettes : il suffit de le toucher avec l'index pour déterminer des soubresauts de tout le corps. Si on plonge le poing dans la fosse iliaque, comme dans la compression des ovaires chez les hystériques (Lancereaux), le sujet se replie immédiatement en deux, comme mû par un ressort (hypéresthésie abdominale).

Nous n'avons pas noté, dans ses antécédents, d'attaques épileptiformes, et il n'en a jamais présenté à l'asile. Pas d'antécédents héréditaires.

Les symptômes alcooliques et les symptômes absinthiques sont suffisamment différenciés ici pour que je n'insiste pas. Il ne faut pas, du reste, s'étonner de l'intensité des troubles absinthiques chez D... en raison de ses excès nombreux.

Actuellement l'affaiblissement intellectuel est très avancé, et l'état de D... est certainement

irrémédiable. Nul doute que d'ici un an il ne soit complètement dément.

L'observation suivante est également très probante.

II. — Le nommé Léon H..., quarante-un ans, comptable, entré à Sainte-Anne le 17 juin 1885. C'est sa troisième entrée. Encore un *Africain*. Engagé à dix-huit ans dans les chasseurs d'Afrique, il fit, de son aveu même, des excès d'absinthe tels, qu'au bout de très peu de temps il avait des crises nocturnes : cauchemars, etc.

Nous avons déjà fait observer que, dans l'asile, les huit dixièmes des absinthiques sont des *Africains*. Notre malade a eu d'autant moins de peine à résister à l'imprégnation absinthique, qu'il était de par son accumulation héréditaire profondément *alcoolisable*. Il était, en effet, petit-fils, fils et neveu d'aliénés (grand'mère aliénée, mère aliénée, tante idiote). Il se trouvait donc dans les conditions d'alcoolisation et d'intoxication que Lasègue a si bien formulées dans ses études sur l'alcoolisme[1]. Aussi l'explosion

[1] Loc. cit.

des accidents a-t-elle été chez lui prompte et violente.

Il est entré une première fois en 1884 pour alcoolisme subaigu : après avoir lancé son mobilier par la fenêtre, il avait tenté de s'asphyxier avec un réchaud de charbon. Il est sorti de l'Asile deux mois après.

Rentré chez lui, il fait de nouveaux excès de rhum et d'absinthe. C'est alors qu'apparurent chez lui des *impulsions terribles,* que nous avons regardé comme propres à l'absinthisme. H... a été pris soudain d'une violente impulsion au suicide : il voulait se jeter à l'eau, et, d'autre part, il ne pouvait éloigner de son idée l'obsession irrésistible qui le poussait à tuer sa femme et son enfant. Craignant un jour de succomber à cette impulsion au meurtre, H.. sort de chez lui, erre toute la nuit dans le Bois de Boulogne, et, au jour, il se rend chez le commissaire de police pour lui demander de le mettre dans l'impossibilité d'obéir à ses tendances morbides. Il fut alors dirigé sur Sainte-Anne. Après quelques mois de séjour, il sort le 4 février 1885 en liberté.

De retour pour la seconde fois complètement guéri, H... reprend bientôt ses anciennes habitudes. Sous l'influence d'excès plus nombreux

encore (il prenait jusqu'à douze verres d'absinthe par jour), il est bientôt repris de ses idées mélancoliques, et de ses impulsions au suicide et au meurtre. Comme précédemment, il est pris subitement d'impulsions, qui le poussent à tuer sa femme et son enfant. Il va encore lui-même demander au commissaire de police de l'interner pour le protéger lui-même et l'empêcher de faire du mal aux siens.

H... est alors dirigé sur la Clinique le 17 juin 1885, et c'est là que nous avons pu l'observer.

Cet absinthique tranche un peu sur les autres buveurs d'absinthe qu'il nous a été donné d'observer, et, c'est à ce titre que nous donnons ici son observation.

Soit de par son imprégnation héréditaire, soit de par le *besoin vital*, produit chez lui par l'absinthe, et dont nous parlions plus haut, bien qu'aimant beaucoup sa femme et son enfant, il ne peut vaincre sa passion, et se jette sur l'absinthe dès qu'il en trouve l'occasion, en véritable dipsomane qu'il est, et devient alors un aliéné des plus dangereux.

A une sortie provisoire qu'on lui accorda, il fit coup sur coup de tels excès de cette liqueur qu'en arrivant chez lui, il se jeta sur sa femme

et son enfant, et voulut les tuer. Les gendarmes furent obligés de s'en emparer et de le ramener à Sainte-Anne.

Les troubles physiques sont ici peu accentués : hypéresthésie des extrémités inférieures, exagération des réflexes patellaire et plantaire, mais pas de troubles gastriques, pas de pituites. Il n'a plus de cauchemars et d'hallucinations; les facultés intellectuelles ne sont nullement affaiblies. Ce qui domine en somme, comme symptôme d'absinthisme chez ce malade, ce sont des impulsions irrésistibles d'une extrême violence.

Nous avons tenu à donner cette observation parce que H... représente pour nous un type d'*absinthique héréditaire*[1].

Il paraît avoir eu quelques vertiges avant son entrée et sa séquestration. Il n'en a pas accusé depuis qu'il est à la clinique.

Nous donnons l'observation suivante parce que en dehors des troubles physiques et sensoriels qu'on peut regarder, avec M. Lancereaux, comme

[1] Ce malade a fait, du reste, le sujet d'une note intéressante sur l'absinthisme chronique publiée dans l'*Encéphale*, par H. Gilson, 1885, n° 4.

la caractéristique de l'absinthisme [1], et que nous avons indiqué plus haut, le malade qui en fait le sujet a présenté, outre les symptômes de l'alcoolisme, de l'épilepsie, bien caractérisée, mais dont l'origine ici précisément peut prêter à la discussion :

III. — M... (Charles), vingt-sept ans, sellier, entré dans le service de la clinique le 7 juillet. Enfant naturel, n'a pas connu son père ; mère très nerveuse. Disons ici que des renseignements que nous avons pris sur ses antécédents, il résulte qu'il n'aurait jamais rien présenté qui pût ressembler de près ou de loin à des attaques d'épilepsie.

Sous l'influence de vives contrariétés, après avoir mené une vie régulière, il se livra à des excès alcooliques considérables.

Dans notre interrogatoire, nous avons insisté avec beaucoup de soins sur la nature des boissons : il consommait à ce moment toute espèce de liqueurs, et en très grande quantité ; il aurait bu surtout beaucoup de *rhum* et d'*absinthe*. Les résultats ne se firent pas attendre longtemps :

[1] Voir aussi à ce sujet une thèse inspirée par M. Lancereaux. *De l'absinthisme*. — Gautier. Thèse de 1882.

au bout de quelques jours de cette vie, il éprouva des insomnies, des cauchemars qui allèrent en augmentant de plus en plus. La nuit, il se réveillait en sursaut, croyait que des ennemis imaginaires pénétraient chez lui de force.

Quelques jours avant sa séquestration, il eut *quelques vertiges*, dont il n'a gardé aucun souvenir et plusieurs *attaques convulsives,* ressemblant tout à fait à l'épilepsie vraie.

Enfin, la nuit qui a précédé son internement, il a eu des hallucinations visuelles terrifiantes, et croyait voir sa maison livrée aux flammes : à travers les flammes, raconte-t-il, il voyait un homme, qui descendait le long d'une corde. Sous l'empire de cette vision, il se leva, et fit chez lui un tel vacarme, qu'on le dirigea sur la Préfecture de police, d'où il vint à la clinique.

A son arrivée, il fut mis en observation et surveillé de très près. Il n'eut pas, dans l'espace de trois mois, un seul vertige, une seule attaque épileptiforme. Sous l'influence de la séquestration, de la privation de ses boissons accoutumées, les accidents épileptiques disparurent avec les hallucinations terrifiantes, les crises nocturnes, etc. M... actuellement, est absolument guéri, et va sortir dans quelques jours.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est l'apparition d'accidents épileptiques survenant après des excès répétés, alors que le malade n'en avait *jamais* présenté de trace, auparavant, et leur disparition, après la suppression de la cause.

Nous avons donc affaire sûrement ici à une *épilepsie symptomatique,* car nous pouvons et nous devons, je crois, éliminer l'*épilepsie vraie.*

Mais, dans l'espèce, nous l'avons vu, bien que nous inclinions fortement pour incriminer exclusivement l'absinthe, nous ne pouvons *à coup sûr*, éliminer l'alcoolisme, dans la pathogénie des crises convulsives ; puisque le malade faisait manifestement des excès *également* considérables, et d'absinthe *et* d'alcool.

Nous avons appuyé notre diagnostic différentiel, et conclu à la coexistence de ces deux intoxications sur d'autres signes. Et, en nous basant précisément sur la rapidité des accidents, et, d'autre part surtout, sur la présence des troubles de la sensibilité générale : exagération des réflexes patellaire et plantaire, et l'hypéresthésie des extrémités, qui était très accentuée chez M..., nous pouvons presque affirmer que les crises convulsives étaient *d'origine absinthique.*

Dans l'observation suivante, au contraire, avec les symptômes précédents, on note des antécédents épileptiques, que, dans l'espèce, en dehors de toute question d'Ecole ou de doctrine, on est forcé de rattacher à l'absinthisme. On doit, en effet, selon nous, voir autre chose que de l'épilepsie alcoolique, dans le cas de G... Voici cette observation résumée, du reste.

IV. — G..., menuisier, quarante et un ans, est entré à la clinique en 1882 avec un certificat immédiat de M. Régis ainsi conçu : « Est atteint d'alcoolisme subaigu, avec insomnie, rêves, cauchemars, zoopsie, idée confuse de suicide; *épilepsie alcoolique.* » Il est resté trois longues années dans le service où on a pu l'observer à loisir.

Des renseignements pris sur ses antécédents, il résulte qu'il n'avait *jamais* présenté d'accidents comitiaux, ni dans sa jeunesse, ni avant de se livrer aux excès de boissons. Ceux-ci ont consisté en abus de liqueurs de toute sorte, surtout en abus d'absinthe, *qu'il a même bu un moment presque exclusivement.* Outre le cortège ordinaire des symptômes de l'alcoolisme, G... a présenté alors, des attaques d'épilepsie dont le caractère revêtait absolument le caractère comitial : cri

initial, *inconscience*, morsure de la langue, convulsions, pâleurs, puis cyanose de la face, etc. Un point aussi très important dans l'histoire du malade, ce sont les renseignements donnés par le malade lui-même, et qui sont bien précieux ici : *Toutes les fois que je buvais de l'absinthe en grande quantité,* disait-il, *j'étais sûr de ce qui m'attendait le lendemain : c'était mon attaque*. Le malade faisait encore un aveu, que nous enregistrons aussi, parce qu'il montre bien l'appétence quasi pathologique, développée par l'accoutumance, et qu'il confirme d'autre part l'assimilation, que nous faisions plus haut entre l'absinthisme et le morphinisme : « L'absinthe est pour moi, disait-il, une boisson délicieuse, et, toutes les fois qu'il me sera donné d'en prendre, je suis sûr de succomber à la tentation, bien que je connaisse toutes les conséquences funestes de ma passion. »

Sa séquestration, c'est-à-dire la privation de l'absinthe, supprima du même coup, non seulement les hallucinations alcooliques, mais ses *attaques d'épilepsie*. Pendant l'espace de deux ans, aucune attaque ne se montra ; au bout de ce temps, ayant obtenu un jour de congé, à titre d'essai, malgré les plus grandes promesses, il fit de copieuses libations et le lendemain même de ces excès, il eut une *attaque d'épilepsie*, avec

les caractères de l'épilepsie essentielle qu'indiquent les auteurs.

Il fit alors des aveux et déclara que la veille il *avait bu coup sur coup* plusieurs verres d'absinthe avec cette passion, cette irrésistibilité, qu'on ne retrouve aussi prononcée que chez une classe d'intoxiqués : les morphiniques.

Nous ne tirons de ce fait aucune conclusion, mais, en raison de la précision des faits, et des aveux du malade, on est très porté à voir, dans cette observation du moins, une relation de cause à effet, entre les abus d'absinthe et les attaques convulsives.

L'observation suivante est surtout intéressante au point de vue des troubles psychiques présentés. Comme dans notre observation II, le malade a présenté des impulsions extrêmement violentes que nous attribuons à l'absinthe, en partie du moins, ainsi qu'à un certain état mélancolique conscient, dans l'intervalle de ses excès, que M. H. Gilson a signalé dans l'absinthisme chronique[1].

Nous n'en donnerons qu'un très petit résumé,

[1] Gilson. *Encéphale*, loc. cit.

car son observation a déjà été publiée plusieurs fois à d'autres points de vue.

Elle est intéressante aussi parce que en dehors de l'alcoolisme et de l'absinthisme, elle présente un élément surajouté : l'*épilepsie*, qui, ici, forme un état absolument *coexistant*, indépendant, et ne doit être placé, comme on le verra, ni sous l'influence de l'intoxication alcoolique, ni sous l'influence de l'intoxication absinthique.

Ce qui fait ainsi l'intérêt de ce cas, à notre point de vue, c'est qu'il nous montre une observation rare d'une *triple coexistence chez un même aliéné :*

1° D'Alcoolisme pur ;

2° D'Absinthisme ;

3° D'Epilepsie vraie, de mal comitial.

La voici en résumé :

V. — O..., trente-six ans, est entré sept jours à Sainte-Anne pour excès alcooliques. Bien qu'il ait prétendu devant plusieurs médecins n'avoir jamais fait d'excès d'absinthe, il résulte des renseignements que nous avons pris, qu'il en buvait depuis longtemps. Les premiers excès datent de son service militaire. Il les a continués à sa libération, ce qui l'a mené en 1879 pour la première fois à Sainte-

Anne, où il est admis sur le certificat suivant : « Exaltation alcoolique, hallucinations *dangereuses.* » Il prétendait avoir vu le commissaire de police et ses agents embrasser sa belle-mère, et avait fait une tentative de suicide. Sorti une première fois, comme tous les alcooliques en général, et les absinthiques en particulier, il retomba immédiatement dans ses habitudes.

Et ce fut pendant six ans les mêmes alternatives : guérisons et rechutes successives, dont la dernière, l'amena dans le service de la Clinique, pour la *septième* entrée, le 22 juin 1885, et où il se trouve encore actuellement. Il avait été arrêté cette fois pour voies de fait envers sa belle-mère, qu'il avait voulu tuer. A son arrivée, pendant quelques nuits, il eut des hallucinations terrifiantes de la vue et voyait des *langues de feu.*

L'imprégnation alcoolique et absinthique est telle chez O..., que lorsqu'il a bu un demi-verre d'absinthe, il se trouve sous le coup d'*impulsions extrêmement violentes.* Nous avons assisté à une scène de ce genre, dans laquelle il avait fallu six hommes pour le maintenir. Dans l'intervalle de ses excès, il était en proie à un état mélancolique qui a disparu depuis sa séquestration.

Nous devons noter ici qu'en dehors de toute influence toxique. O... est atteint d'*épilepsie.* Mais

cette épilepsie est intéressante, précisément, parce qu'elle se présente comme un élément *surajouté*, et sans rapport de causalité. En effet, dès l'âge de quinze ans, bien longtemps par conséquent avant ses excès, O... *tombait;* en un mot, c'est un comitial.

Nous avons donc ici un exemple chez le même individu d'une triple coexistence d'*alcoolisme*, d'*absinthisme* et d'*épilepsie*.

Nous ne nions pas ici, bien entendu, l'influence pernicieuse des excès alcooliques et absinthiques sur la marche de l'épilepsie; nous voulons simplement faire remarquer, que chez O... l'épilepsie préexistait, et qu'on ne doit incriminer ni l'alcool, ni l'absinthe. Car il est évident que chez notre malade, comme chez tous les épileptiques, les excès de boissons ont entretenu et accentué la névrose, et même qu'à un moment donné, lui aussi, « il comptait ses attaques par le nombre de ses ribotes », mais ce que nous tenions à faire remarquer, c'est qu'il n'y a pas eu *épilepsie absinthique*. Ici l'absinthe a été simplement un agent épileptogène.

Nous donnons l'observation suivante parce que concomitament avec les troubles ordinaires de l'absinthisme, on constate des crises épilepti-

formes, qui, dans l'espèce, ont une origine non douteuse. Nous avons vraisemblablement affaire ici simplement à de l'*épilepsie alcoolique*. On pourra comparer, et c'est à ce titre que nous la donnons :

VI. — Le nommé Alexandre M.... entré à la clinique le 2 décembre 1884 pour « délire alcoolique très violent avec hallucinations de la vue et idées de persécution ». Il avait fait une tentative de suicide et avait été déclarer au commissaire de police que des brigands et des voleurs voulaient l'assassiner. Il est alors envoyé dans le service de M. le professeur Ball. Pendant les premières nuits, crises nocturnes, qui par leur violence empêchent les malades de dormir.

Sa mère, qui donne des renseignements, raconte qu'il fait de nombreux excès de boissons de *toutes sortes*, et qu'il boit, entre autres liqueurs, de l'absinthe en assez grande quantité. Depuis qu'il se livre à ces excès, ajoute-t-elle, il a des *convulsions*. Elles consistent en grands mouvements, mais il n'y a ni cri initial, ni morsure de la langue, ni perte de connaissance, ni inconscience. En résumé, le diagnostic d'*épilepsie alcoolique*, porté à son entrée par M. Dagonnet, est justifié par ces renseignements.

Etant donné d'autre part que M... buvait non seulement de l'absinthe, mais des liqueurs alcooliques de toutes sortes, on est en droit de conclure que ces *attaques épileptiformes* ont une origine alcoolique; et il serait téméraire d'ajouter qu'elles ont une origine exclusive, et qu'on a affaire à de l'épilepsie absinthique.

M... a vu ses hallucinations disparaître sous l'influence de la séquestration, ainsi que ses attaques et tout le cortège des symptômes éthyliques. Il est sorti en liberté le 17 avril 1885. Du reste, il n'y avait pas ici d'antécédents héréditaires.

L'observation suivante, d'absinthisme que nous allons donner maintenant, prouvera avec quelle rapidité les excès d'absinthe peuvent conduire à la *démence*. Nous avons, en effet, déjà fait remarquer, à plusieurs reprises, quelle différence dans la rapidité de l'évolution il y a entre l'alcoolisme et l'absinthisme.

VII. — D.... trente-six ans, entré dans le service de la Clinique le 28 juin 1886; c'est sa seconde séquestration. — Ici encore un *Africain*, ici encore c'est une victime du service militaire en Afrique. Engagé à vingt-un

ans dans les zouaves, il contracte des habitudes d'absinthe, qu'il a vite poussées jusqu'à leurs dernières limites, en raison d'une tendance héréditaire (mère aliénée). Il raconte lui-même que dans la chambrée, en Afrique, on faisait circirculer de *pleins bidons de campagne remplis d'absinthe*, et qu'il en prenait largement sa part aux applaudissements de ses camarades.

Comme cela arrive toujours, il a continué ses excès en sortant du service. Sa femme nous a raconté qu'il buvait en moyenne six absinthes par jour, mais que cette quantité était souvent dépassée ; bien des fois il lui est arrivé d'en boire 15 et 20 par jour. — Les effets de pareils excès ne se firent pas longtemps attendre chez un individu prédisposé. — Il fut interné une première fois le 19 mai, pour delirium tremens extrêmement violent, accompagné de cris, de vociférations, d'agitation extrême. — Il reste séquestré un certain temps, et sous l'influence de la séquestration, il sort en liberté, guéri.

Il recommence, de plus belle, ses excès d'absinthe. — *Il ne boit jamais d'autres boissons*, raconte sa femme, et en absorbe journellement de grandes quantités. Malgré l'état dans lequel ses habitudes le mettent bientôt, sa femme le garde chez lui pendant de longs mois. Mais à la

suite de tentatives de suicide répétées, et d'une aggravation notable dans les troubles de ses facultés, elle demande son internement. D... entre à la Clinique le 28 juin. Ce qui domine cette fois dans son état, c'est un affaiblissement considérable des facultés : la mémoire a complètement disparu. La séquestration n'a produit sur D... aucun effet salutaire. Depuis trois mois qu'il est interné, c'est toujours les mêmes idées de persécution puériles, le même état mental démentiel. Du reste, depuis deux ans, chez lui, il était absolument incapable de faire son métier de chapelier. En somme, à la suite certainement de ses abus répétés d'absinthe, son état est irrémédiable, et cette aggravation est venue extrêmement rapidement : D... n'a que trente-six ans et il confine déjà à la démence. Il est probable que d'ici deux ou trois mois il sera malheureusement tout à fait dément.

On n'a jamais noté chez D... ni vertiges ni crises épileptiformes.

Nous allons maintenant donner l'observation d'un individu absolument indemne au point de vue héréditaire, et chez qui la réceptivité était *au minimum*. Chez lui l'alcoolisme et l'absinthisme ont provoqué des symptômes que l'analyse cli-

nique ne peut dissocier. Nous la donnons ici parce que nous avons pensé qu'il était bon de montrer qu'il y a des cas où ces deux ordres de symptômes se mêlent quelquefois très intimement, et forment une espèce d'hybride. Dans ces cas il n'est pas possible d'établir et de prouver la coexistence des deux éléments. Hâtons-nous de dire que dans bien des cas il n'en est pas ainsi, et qu'un examen attentif permet la plupart du temps de dissocier ces deux états.

VIII. — R. V... exerce la profession de courtier de banques. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires, capables d'avoir influencé son état actuel.

Lui-même n'a jamais eu aucune maladie, autre que celles provoquées par l'abus de l'alcool.

Il est âgé de quarante-sept ans, et bien constitué.

Encore un *Africain*. De 1856 à 1859, il fit son service militaire dans l'infanterie de ligne, en Afrique, où il prit l'habitude de boire environ un demi-litre d'absinthe par jour. Puis il fit la campagne d'Italie et revint à Paris, en décembre 1859. Là, il perdit à peu près complètement ses habitudes, et, durant une période de dix-huit années, but un seul petit verre de vin blanc, le

matin, un vermouth à l'eau avant son déjeuner et une seule absinthe avant son dîner.

Mais en 1876, il commença à faire, pour le service de certaines maisons de banque, des voyages à Londres, et prit l'habitude de boire journellement trois verres de sherry avant son déjeuner et autant avant son dîner.

Il avait, à cette époque, réalisé d'assez jolis bénéfices et avait économisé une somme de 45 à 48,000 francs. Alors, par suite de spéculations malheureuses, il perdit en huit mois tout son avoir. Le chagrin s'empara de lui. Il chercha des consolations dans l'alcool. Il but, chaque matin, seul, chez lui, en lisant son journal, une bouteille entière de vin blanc. A onze heures, il prenait cinq, six verres d'absinthe, mais il *ne put jamais parvenir à s'enivrer.*

Alors se déclara une anorexie presque complète, en même temps que se manifestaient chez lui des crises nerveuses, pendant lesquelles il éprouvait comme des crampes du côté de l'estomac, mais sans perte de connaissance.

Puis vinrent les hallucinations de la vue : il voyait des rats blancs, au nombre de dix environ, qui grimpaient le long de ses jambes, se couchaient sur lui et qu'il se plaisait à caresser.

Le 3 avril 1881, il entra volontairement à

Sainte-Anne. Il vit ses rats pendant trois jours, puis ils disparurent. Sa mémoire revint entièrement, et il sortit, complètement rétabli, le 20 juillet de la même année.

Aussitôt rendu à la liberté, il reprend, avec l'exercice de sa profession, ses anciennes habitudes, qui ramenèrent les mêmes accidents.

Vers le mois de mai 1883, il rentre à Ville-Evrard, se rétablit complètement et en sort cinq mois après.

Puis il surmonte pendant trois mois son penchant, ne buvant plus qu'une quantité très raisonnable de vermouth, de bitter et d'absinthe.

Après ces trois mois passés sans accidents, il recommence à boire et il voit réapparaître tous les phénomènes anciens, les mêmes crises, les mêmes faiblesses de la mémoire, l'anoxerie, les hallucinations. Cependant, il voit autre chose que des rats; lorsqu'il fixe un point quelconque, il le voit prendre une forme et se mettre en mouvement. Une tache d'encre lui représente une mouche, il la voit marcher, il la voit remuer, il pose son doigt dessus pour l'écraser, mais en vain ; la prétendue mouche ne fuit pas, et remue toujours.

R... n'a jamais cru, d'ailleurs, à la réalité de ses hallucinations.

Mais son état va toujours s'aggravant, et il rentre de nouveau à Sainte-Anne, le 18 février 1886.

Il éprouve depuis deux mois des douleurs intolérables dans la tête ; à chacun de ses mouvements, il lui semble que, ayant la tête pleine d'eau, cette eau s'agite et produit un flic-flac très douloureux.

Après un assez long internement, on peut le regarder encore actuellement comme guéri pour la troisième fois. Il sortira, mais on peut prédire sans crainte d'être démenti, qu'il recommencera ses excès, qu'il nous reviendra, et que le terme final sera l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire la démence, à une échéance plus ou moins longue.

5°. — CONCLUSIONS

Nous voyons, par toutes ces observations que nous venons d'exposer en résumé, que dans bien des cas, on peut par l'analyse clinique attentive arriver à dissocier chez un alcoolique, les éléments qui appartiennent à l'absinthisme, quand toutefois les excès d'absinthe entrent pour une large part dans l'intoxication du sujet.

En d'autres termes, on doit considérer ces deux intoxications comme une véritable coexisence de deux intoxications à caractères propres, qu'il est possible de différencier.

Le diagnostic différentiel, c'est du moins ce qui résulte des observations que nous avons présentées, sera basé sur les signes suivants, que nous résumons, pour finir ce chapitre par une vue d'ensemble, et que nous rangeons par ordre d'importance.

Les conclusions sont basées, non seulement sur les huit observations précités, mais sur de nombreux cas, recueillis depuis plusieurs années, sur un sujet qui est depuis longtemps l'objet constant de nos recherches et de nos études :

1° *Troubles de la sensibilité générale.* — *Hyperesthésie* en *botte* et en *brodequin* des extrémités inférieures, *hyperesthésie iliaque* de Lancereaux, *exagération* très accentuée des réflexes patellaire, plantaire ;

2° *Evolution beaucoup plus rapide des accidents.* — (Explosion hâtive, et *démence* plus prompte) ;

3° Comme *troubles psychiques : impulsions conscientes, irrésistibles, beaucoup plus violentes que dans l'intoxication alcoolique simple.* — Dans l'absinthisme chronique ou dans l'intervalle des

accès, on remarque un certain état de *mélancolie avec conscience* (Gilson). —

Il est difficile, dans les autres troubles psychiques (hallucinations et conceptions délirantes si variées), de voir un caractère distinctif ;

4° On y observe parfois des *accidents épileptiformes* se rapprochant, par leurs caractères, des attaques comitiales. Ces accidents nous ont semblé, dans plusieurs cas, et surtout dans notre observation IV, devoir être *attribués à l'influence absinthique exclusivement.* Ajoutons que ces accidents épileptiformes, décrits par certains auteurs (Magnan, Dericq) comme signe différentiel pathognomonique, sous le nom *d'épilepsie absinthique*, n'ont pas toujours une signification nosologique aussi précise, une origine aussi exclusive, et qu'ils peuvent parfois, logiquement, comme dans notre observation VI, être mis sur le compte de l'alcoolisme, sous le nom d'*épilepsie alcoolique ;*

5° L'*alcoolisme* l'*absinthisme* peuvent *coexister* en même temps avec l'*épilepsie* (voir notre observation VI). Et on peut même par une analyse très minutieuse dans certains cas, quand il y a des accidents convulsifs, aller plus loin et mettre, sur ces accidents, l'étiquette de chacun de ces trois états, et, en se basant sur des caractères

propres, énoncés plus haut, dissocier les unes des autres, les épilepsies, *alcoolique*, *absinthique*, *comitiale*.

Ces conclusions sont basées, outre les cas d'*alcoolisme absinthique* que nous avons donnés plus haut, sur d'autres observations que le manque d'espace nous a empêché de joindre aux premières, et sur les dossiers de tous les alcooliques qui sont entrés à la clinique depuis 1879 et que nous avons consultés, à ce sujet, avec soin.

II

ALCOOLISME ET MORPHINISME

Après l'*alcoolisme* et l'*absinthisme* l'intoxication qui a fait le plus de victimes, dans nos pays, du moins, c'est le *morphinisme*.

§ I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le morphinisme, à peine connu voilà dix ans, a marché, depuis, à pas de géant.

Cette nouvelle passion est actuellement bien connue. Observée aussi bien dans les hôpitaux

et les hospices que dans les asiles d'aliénés, elle a été décrite, et bien décrite, tant dans les journaux de médecine générale que dans les Annales Spéciales. Nous-même, à plusieurs reprises, dans divers recueils, nous avons publié quelques courtes considérations à ce sujet.

Aussi notre intention n'est pas, comme nous l'avons dit du reste dans nos préliminaires, d'en refaire ici la description. Seulement, comme, après l'absinthisme, l'intoxication morphinique est la passion que nous avons trouvée le plus souvent associée à l'alcoolisme, nous nous trouvons, tout naturellement, appelé à en aborder ici l'histoire.

Mais nous ne le ferons, bien entendu, que dans les limites que comporte notre sujet, sans nous laisser entraîner par l'attrait d'une question de cette nature, dans des considérations qui lui seraient étrangères, et nous aurons grand soin de ne nous en tenir qu'aux rapports du morphinisme et de l'éthylisme.

Les rapports que présentent ces deux terribles fléaux ne sont pas, du reste, un des côtés les moins intéressants de la question. Comme nous le verrons, leur association prête à des considérations générales pleines d'actualité, et entraîne des conclusions de la plus haute importance pratique.

Il y a d'abord un point sur lequel on ne saurait trop insister dans une étude d'ensemble, lorsqu'on envisage toutes ces intoxications, tous ces vices, d'un coup d'œil général, c'est que chacun d'eux n'est bien en faveur, n'a bien ses adeptes que pendant un temps limité.

Non pas que l'ivrognerie n'ait eu malheureusement ses autels à toutes les époques de l'histoire, dans tous les pays, et n'ait été, en tout temps, justement condamnée.

Car si, dans l'antiquité, quelques poètes ont élevé des temples à Bacchus, il s'est aussi trouvé, dès les temps les plus reculés, des philosophes, des moralistes, pour flétrir sévèrement ce vice, qu'on regardait déjà comme une cause de déchéance physique et morale. Et, de nos jours, l'on a pu voir, tout récemment encore, en plein Sénat, l'ivrognerie dénoncée comme une *calamité publique*, par M. le sénateur Claude, dans un magistral rapport.

Mais ce que nous voulons dire, c'est que précisément ce qu'il y a d'intéressant dans l'histoire de ces passions toxiques, c'est que la nature de l'agent employé, la forme de l'intoxication, varient avec les mœurs de l'époque et des pays.

Car enfin, nous pouvons assimiler toutes ces passions honteuses, les comparer, et mettre l'ivro-

gnerie morphinique sur le même pied que le vice alcoolique, que la passion absinthique. L'une n'est certes pas plus recommandable que les deux autres, si l'on raisonne en moraliste ; et si l'on parle en médecin, on peut dire que tous ces vices sont également très préjudiciables à la santé.

Ce qui justifie précisément le rapprochement que nous faisons en ce moment, c'est que ces différentes intoxications, comme nous le verrons dans plusieurs de nos observations, peuvent alterner, se succéder, ou même coexister chez le même individu.

Eh bien ! il est curieux de voir combien, en quelques années, l'engouement a varié au sujet de chacune de ces passions.

Lorsque Magnus Huss jetait son cri d'alarme en 1847, et dénonçait, dans une brochure qui fut bientôt traduite dans toutes les langues, le danger des liqueurs *alcooliques* proprement dites, on croyait, dans les milieux spéciaux, que la porte était fermée à des agents d'intoxication nouveaux. Mais cela n'empêchait pas M. Motet, dix ans plus tard, de pousser à son tour le cri de détresse, le « *caveant consules* », à propos de l'*absinthe* dont l'usage commençait à prendre, alors, une exten-

sion formidable, qui n'a fait, du reste, que s'accentuer depuis.

Et on ne s'est pas arrêté là.

C'est alors que la *morphine* a été dénoncée à son tour.

Quand Lewinstein[1] a signalé à l'attention des médecins et des philosophes la nouvelle passion causée par cet agent enivrant d'un nouveau genre, on n'a voulu voir, d'abord, dans le *morphinisme* qu'une passion extrêmement rare, provoquée par une thérapeutique maladroite, qu'une intoxication contractée par un nombre très restreint de raffinés.

§ II

MORPHINOMANIE. — ÉTAT DE PUISSANCE MORPHINIQUE. — ABSTINENCE MORPHINIQUE. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, PRATIQUES, DÉONTOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES. — OBSERVATIONS.

Mais ce n'est plus ainsi qu'il faut, malheureusement, envisager la question. La morphinomanie est actuellement une passion, un vice aussi grave, aussi redoutable, plus redoutable, peut-être, que l'alcoolisme, que l'absinthisme. Il y aurait, certainement, exagération à dire que l'*ivrognerie morphinique* est aussi répandue que

[1] Levinstein. *Die morphiumsucht*, 1874.

l'*ivrognerie éthylique* et que l'*ivrognerie absinthique*. Mais personne ne saurait nier que le morphinisme ait progressé d'une façon effrayante depuis trois ou quatre ans.

Autrefois l'apanage exclusif d'une certaine classe, cette terrible passion a subi une si grande extension, a pris de si vastes proportions, qu'elle a pénétré dans tous les rangs, et qu'actuellement on peut, sans être taxé d'exagération, considérer le vice morphinique comme un péril social.

Dans un autre mémoire [1], nous avons abordé et discuté longuement et avec beaucoup de soin toutes ces questions d'étiologie, de déontologie, de statistique et de démographie médicale, à propos de l'*ivresse morphinique*. Et nous avons montré, avec des faits à l'appui, que cette passion s'était répandue, actuellement, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, aussi bien dans l'armée que chez les marins des côtes, aussi bien chez les illettrés que chez les lettrés, aussi bien chez les enfants que chez les adultes,

[1] *Etudes cliniques et médico-légales sur le morphinisme.* — Dans ce travail inédit, présenté en 1886 pour la médaille d'or des asiles et des quartiers d'hospices, nous avons consacré une large part à toutes les questions de déontologie médicale et professionnelle qui s'y rattachent de si près. Nous y renvoyons pour tout ce qui a trait également au côté clinique et thérapeutique, que nous y avons longuement développé.

chez les artisans que dans les professions libérales. Nous avons montré que les causes aujourd'hui n'en sont plus les mêmes. Presque exclusivement d'origine thérapeutique autrefois, le morphinisme est souvent, maintenant, une passion, un vice acquis, qui n'a même plus l'ancienne excuse de l'influence médicale.

Devant un danger qui menace, à ce point, de se généraliser, il importe de chercher à couper le mal à sa racine, sans attendre qu'il ait fait trop de victimes.

Il importe, si l'on veut y arriver, d'imiter Magnus Huss et Motet lorsqu'ils jetèrent le cri d'alarme à propos de l'alcoolisme et de l'absinthisme, et d'engager tous les médecins à pousser le cri de détresse, le « *caveant consules* », en face de cette passion nouvelle qui menace de nous envahir.

Et, pour cela, qu'y aurait-il à faire ?

Il faudrait que tous ceux qui se trouvent placés dans un milieu favorable, signalent les cas qui tombent sous leur observation, et les publient. En faisant, ainsi, mieux connaître une maladie, qu'on a de la tendance dans le monde à regarder plutôt comme une passion rare et curieuse, que comme un mal dangereux, ils appelleraient l'attention des intéressés.

Car, hâtons-nous d'ajouter, après le tableau sombre que nous venons de tracer, que le morphinisme, heureusement, possède une prophylaxie au même titre, et plus, peut-être, que les deux intoxications auxquelles nous le comparions tout à l'heure; et que cette prophylaxie repose, pour une grande part, sur des mesures d'ordre administratif.

Dans cet ordre d'idées, on ne saurait trop multiplier les observations, les analyser et les envisager sous toutes les faces.

C'est précisément dans l'espoir de contribuer, ainsi, pour une petite part, à attirer l'attention de l'autorité compétente, que nous avons entrepris d'aborder un nouveau point de l'histoire de la morphinomanie.

Connaissant les dangers de cette passion, et, d'autre part, la facilité et la gravité des chutes, nous ne négligeons aucune occasion de la poursuivre et de la dénoncer.

Et, après l'avoir étudié, ailleurs, au point de vue du traitement et de la responsabilité pénale, nous allons l'étudier ici dans ses rapports avec les autres intoxications.

Car nous pensons que cette étude de la coexistence, chez un même individu, du morphinisme avec quelques autres vices du même ordre, en

raison des considérations générales qu'elle soulève, ne présente pas moins d'utilité, n'offre pas moins d'intérêt pratique.

Pour ne parler que de l'affinité, que des rapports que cette question, un peu spéciale, offre avec le côté médico-légal de la passion morphinique, nous verrons, qu'au point de vue de la responsabilité d'un inculpé, la recherche de cette coexistence est de la plus haute importance. Il importera, en effet, beaucoup de rechercher s'il n'y a pas dans la vie d'un inculpé morphinomane, des accidents d'alcoolisme qui puissent expliquer l'acte délictueux dont il est accusé, sans que l'intoxication morphinique ait besoin d'être mise en cause. Nous insistons d'autant plus sur ce point qu'il n'y a pas là, de notre part, une simple vue de l'esprit, une simple supposition, et que des cas de ce genre peuvent parfaitement devenir l'objet d'une expertise judiciaire.

Un individu, convaincu du reste, d'abuser de la morphine, se livre, par exemple, à des voies de faits qui l'amènent devant la justice. Il est indiqué, je crois, en pareil cas, de rechercher si cet homme n'est pas, par surcroît, un alcoolique et s'il n'a pas présenté, à une autre époque, des accidents, des impulsions d'origine éthylique, qui jetteraient un grand jour sur le délit incri-

miné, que le morphinisme, à lui seul, ne peut ni expliquer, ni excuser.

Telle est d'ailleurs, selon nous, l'explication de certains cas médico-légaux, confus au premier abord, quand on ne recherche que l'intoxication morphinique, et parmi eux, le cas de Hallez, si discuté, et dont nous reparlerons [1].

Mais, auparavant, nous publierons quelques observations personnelles, puisées dans notre Service; nous montrerons qu'il est facile, la plupart du temps, de dissocier ces deux éléments. Puis nous terminerons par quelques conclusions qui en découlent.

Nous pourrions multiplier les faits de cette espèce; car, précisément en raison des causes générales qui favorisent toutes les intoxications, comme nous le verrons dans la dernière partie de notre travail, et qui poussent certains individus à rechercher la morphine aussi bien que l'alcool, aussi bien que l'absinthe, les cas dans lesquels ces différentes passions se trouvent réunies chez le même individu ne sont pas rares.

Et nous pourrions donner ici l'histoire de plusieurs morphiniques devenus alcooliques, ou d'alcooliques devenus morphiniques. Mais les

[1] Hallez.

cadres de cette revue nous forcent à limiter nos observations.

Aussi nous en tiendrons-nous à quelques faits pris parmi les plus probants.

I. — M..., fille soumise, trente ans, entre au dépôt de la préfecture de police le 5 février 1885, pour infraction au règlement concernant la prostitution clandestine et pour tapage nocturne.

A son arrivée, elle est *fouillée* avec soin, comme l'ordonne le règlement. On lui enlève tout ce qu'elle porte sur elle et il arrive que, parmi les menus objets qu'on lui retire pour les mettre en consigne, se trouve un flacon et un étui qu'on met de côté sans y faire plus d'attention, et sans s'inquiéter ni de leur nature, ni de leur contenu.

Nous sommes appelé au milieu de la nuit pour une malade de l'Infirmerie qui présentait des symptômes alarmants.

Il est bon de faire remarquer ici, pour l'intelligence de ce qui va suivre, qu'on était alors en pleine épidémie de choléra ; et qu'au Dépôt, en particulier, on redoutait fort l'invasion du fléau, en raison de la composition du milieu qui présentait un terrain éminemment favorable à son éclosion et à son développement.

Nous reconnaissons la fille M..., et dans un état d'affaiblissement tel qu'elle ne peut nous adresser la parole.

Mais les symptômes qu'elle présente (vomissements, diarrhée se renouvelant toutes les dix minutes, etc.), témoignent assez de la gravité de son état. Si nous joignons à cela la petitesse du pouls, l'aspect de la face grippée et cyanosée, l'abaissement de la température, on comprendra les craintes de l'autorité supérieure, qui s'était transportée près d'elle, anxieuse, et redoutant, à bon droit, la première apparition du mal, au Dépôt.

Enfin, la douleur abdominale est telle, et le refroidissement des extrémités s'accentue tellement, que nous pensons, au diagnostic choléra, sans toutefois consacrer le diagnostic fatal, par une déclaration officielle, verbale même.

Et bien nous en prend.

En effet, persuadé, dans notre for intérieur, qu'il n'y a pas de doute possible, étant donné la gravité de son état, nous lui pratiquons une injection de morphine au cinquantième, le grand remède à la mode, à ce moment, contre le choléra : *Tout le cortège de symptômes alarmants disparait alors, comme par enchantement.*

Le pouls remonte aussitôt, l'algidité, les vomis-

sements et la diarrhée cessent, les extrémités refroidies reprennent leur température normale.

L'état général redevient meilleur en quelques minutes et tout danger de collapsus est conjuré presque instantanément :

Une seule piqûre avait fait tout ce miracle.

Devant ce résultat, on ne pouvait, évidemment, songer un seul instant à la vertu miraculeuse de la morphine. Il fallait chercher ailleurs, et notre attente ne fut pas déçue :

Nous avions affaire à une *morphinomane!* Nous avions, devant les yeux, une morphinique *en état de besoin* (abstineuzmorphine des Allemands). Le flacon saisi sur elle à son entrée, et l'étui qu'on lui avait enlevé, contenaient sa solution de morphine, et sa seringue de Pravaz, qu'on lui avait imprudemment enlevée.

Je dis imprudemment, car la privation brusque de morphine, si on avait attendu quelques instants de plus, aurait très bien pu entraîner la mort.

L'état voisin du collapsus dans lequel elle se trouvait quand nous avions été appelé auprès d'elle, et qui l'empêchait de nous parler, l'aurait infailliblement enlevée. Mais le souverain remède, en pareille occurrence, l'administration d'une simple injection de morphine, avait suffi pour

tout ramener dans l'ordre. Et, c'est alors seulement, que la malade nous fit l'aveu de sa passion, et nous raconta tous les détails de son histoire ; nous n'insisterons que sur ceux qui ont trait, plus spécialement, au point qui nous occupe ici : l'association du morphinisme et de l'éthylisme.

Depuis trois ou quatre ans elle ne sait pas la date et ne peut préciser davantage, elle est adonnée aux injections de morphine.

Un de ses premiers amants, morphinomane du reste, lui en a suggéré l'idée. Elle s'est d'abord fait des injections faibles, s'imaginant qu'elle pourrait s'arrêter. Elle y a pris goût, nous racontait-elle, parce qu'on lui avait dit que ce moyen décuplait la puissance génésique, ce qui est complètement faux, soit dit en passant.

Quoi qu'il en soit, appartenant à la classe des morphinomanes *par euphorie,* classe de beaucoup la plus considérable actuellement, la fille M... était arrivée à la dose quotidienne assez raisonnable de 0 gr. 50. Et il y avait déjà plus d'un an qu'elle s'injectait, journellement, cette dose de poison quand elle a été arrêtée et menée au Dépôt.

Aussi les effets d'une semblable intoxication

n'avaient pas tardé à se manifester, et la fille M... se trouvait, depuis plusieurs mois déjà, sous le coup de différents accidents, que nous n'avons pas à énumérer ici, mais qui font partie du cortège ordinaire, et parmi lesquels on remarquait surtout un amaigrissement très marqué, et la douleur, l'anxiété si caractéristique, dans le moindre retard apporté aux piqûres, etc., etc.

Mais ici se présentait, dans les aveux de la malade, un nouveau facteur dont nous devons tenir le plus grand compte pour le sujet qui nous intéresse. L'*ivrognerie morphinique* n'était pas le seul vice de notre malade. La fille M..., qui ne cherchait nullement, du reste, à cacher sa vie de débauche, faisait de nombreux excès de boissons, et depuis fort longtemps. Et ses habitudes alcooliques qui avaient même motivé, en partie, sa séquestration au Dépôt, avaient précédé ses habitudes morphiniques.

Son alcoolisme se manifesta, du reste, au moment de sa détention par des symptômes non douteux, par des crises franches d'*alcoolisme subaigu*. La fille M... accusait des cauchemars, des crises nocturnes ; elle croyait tomber dans des précipices, etc.

De plus, hallucinations visuelles terrifiantes. Elle voyait, la nuit, des animaux de toutes sortes

et M... (c'est son souteneur) qui venait pour la tuer.

Ces hallucinations portent donc, par surcroît, le cachet de l'éthylisme : mobilité, caractère terrifiant et *professionnel*.

Elle présenta même quelques conceptions délirantes, quelques idées vagues de persécution, basées sur ces hallucinations. Ayant cru, à plusieurs reprises, la nuit, voir son ancien amant venir chez elle avec des intentions meurtrières, elle avait brodé, sur ce canevas peu solide, quelques idées fugaces de persécution. Mais celles-ci, comme l'a très bien démontré Lasègue dans son exposé, si vrai, du diagnostic différentiel entre le persécuté alcoolique et le persécuté vésanique, cédaient vite au raisonnement. Elles avaient, du reste, disparu sans laisser de traces, lorsqu'elle quitta l'Infirmerie du Dépôt.

En présence de ces symptômes, il ne viendra à l'idée de personne d'attribuer ces hallucinations à la morphinomanie, elles portent trop clairement la marque de fabrique, comme nous le disions plus haut, pour ne pas les attribuer exclusivement à l'alcoolisme.

Du reste, nous avons essayé de démontrer ailleurs que, dans le morphinisme simple, exempt

de toute complication, on ne voit pas d'hallucinations[1]. Quand il y en a, on doit toujours rechercher l'influence d'un élément étranger ; élément qui, la plupart du temps, est l'alcoolisme.

Si donc, comme troubles psycho-sensoriels, l'examen révéla chez la fille M... une série de phénomèmes des plus positifs au point de vue de l'alcoolisme, il n'en fut pas de même au point de vue de l'intoxication par la morphine. Si nous en exceptons, nous le répétons, cette appétence pathologique à retourner aux injections une fois qu'on y a eu recours pendant quelque temps, si nous en exceptons cette impulsion irrésistible, assez caractéristique du reste, née d'un besoin psycho-somatique, que l'on trouve chez tous les morphinomanes, et à laquelle n'avait pas échappé notre malade, le résultat de notre interrogatoire, nous devons le dire, fut absolument négatif.

En présence, d'autre part, des phénomènes si caractéristiques provoqués dans l'ordre physique, et par l'éthylisme, et par le morphinisme, la dissociation de ces deux états devenait facile.

En effet, aux tremblements isochrones des extrémités digitales et de la langue, signe qui n'a pas, du reste, une importance de premier ordre (on

[1] Mémoire cité plus haut.

le retrouve, dans les Asiles d'aliénés, avec les mêmes caractères, dans la *paralysie générale*, dans la *démence apoplectique,* dans la *manie,* etc., aussi bien que dans l'*alcoolisme*) se joignaient des troubles gastriques dont la signification n'échappait même pas à la malade, et qu'elle savait fort bien attribuer aux excès considérables de liqueurs et d'absinthe qu'elle avait commis. Outre la pituite *matinale* et classique des ivrognes, qui ouvrait la journée, et dont elle ne se plaignait guère, car les vomissements qui avaient lieu *à jeun* ne provoquaient alors aucune douleur, elle souffrait, depuis longtemps, de vomissements alimentaires, qu'elle différenciait elle-même fort bien : ils avaient lieu *après les repas,* et, contrairement aux premiers, ils provoquaient de véritables souffrances.

Il y avait, il est vrai, à faire, ici, dans une certaine mesure que nous apprécierons plus tard, la part à l'intoxication morphinique ; mais, dans l'espèce, la douleur stomacale, xiphoïdienne et rachidienne, la présence de sang dans les matières vomies ne permettaient pas le moindre doute sur leur origine. Ajoutez à cela un certain degré de dilatation de l'estomac, et l'on aura un tableau assez complet des troubles digestifs présentés par M... Mais ce n'était pas tout. La sen-

sibilité générale était profondément lésée; on pouvait, sans provoquer de douleur, enfoncer profondément une aiguille dans certaines parties des bras et des extrémités inférieures. Voilà, en résumé, pour les phénomènes physiques ressortissant de l'alcoolisme.

Parmi les désordres physiques qu'un long empoisonnement par la morphine avait produits chez notre malade, le plus saillant, sans contredit, était *la disparition des règles*.

Nous tenons à souligner cet accident et nous le soulignerons chaque fois que, dans nos observations, le fait se présentera, parce que nous attachons une grande importance à ce symptôme que nous regardons comme *constant ;* ce qui lui donne une valeur séméiologique considérable, car nous ne le retrouvons pas, comme nous le verrons plus loin, dans les autres intoxications. Nous y insistons aussi, parce que nous ne l'avons trouvé indiqué dans les auteurs que tout à fait secondairement et incidemment, et non comme un signe ayant une valeur diagnostique quelconque.

Or, au bout de trois mois de pratiques morphiniques, la fille M... avait vu ses règles disparaître et celles-ci n'avaient jamais reparu depuis.

En dehors de ce signe, très important, le morphinisme se révéla, en outre, ici, par quel-

ques symptômes physiques, qui ont leur intérêt dans une étude de séméiologie. C'est ainsi qu'on observait, chez la fille M..., une fétidité de l'haleine, due à une carie dentaire dont l'origine remontait, au dire de la malade, au commencement de sa pratique morphinique.

Les altérations des dents ont, du reste, été signalées déjà comme un effet de l'intoxication par la morphine.

Et puis, enfin, parmi tous ces désordres physiques, le plus saillant, chez notre malade, était, sans contredit, un amaigrissement extrême, qu'elle n'hésitait pas, avec raison, à attribuer, elle-même, à sa malheureuse passion ; d'autant qu'elle avait pu suivre, pas à pas, les progrès de cet amaigrissement dont les débuts avaient, aussi, coïncidé avec les premières piqûres.

Si nous comparons, maintenant, les différents symptômes physiques et psycho-sensoriels présentés par la fille M..., tant dans la sphère de l'alcoolisme que dans la sphère du morphinisme, on voit que, en somme, il est facile de dissocier ce qui appartient à l'un et à l'autre de ces états, et d'établir nettement, chez elle, la coexistence simultanée des deux intoxications. Et l'on a pu voir évoluer, chez elle, les différents éléments

avec leur individualité propre, se mêlant parfois un peu, il est vrai, mais pouvant être distingués par une analyse clinique attentive.

Pour compléter cette observation, nous devons dire que M..., après avoir présenté un des effets les plus redoutables de *l'abstinenzmorphine,* l'état *cholériforme*[1] avec menace de *collapsus*, s'est rétablie très vite, et a été transférée à Saint-Lazare, guérie. Quand nous disons guérie, nous voulons dire qu'il ne paraissait plus rien des accidents dus à la privation brusque de morphine; car, il va sans dire qu'elle avait continué sa funeste pratique.

Nous nous arrêtons là.

Ces extraits de notre observation suffiront pour montrer que, dans le morphinisme, l'intoxication alcoolique peut compliquer l'intoxication morphinique, et masquer même, parfois, jusqu'à un certain point, les troubles dus à cette dernière.

Nous disions, plus haut, que cette coexistence était importante à connaître au point de

[1] Nous tenons à cette dénomination d'*état cholériforme* pour désigner l'un des deux effets de l'*Abstinenzmorphine*. Nous y tenons d'autant plus, que dans l'espèce, la ressemblance avec le *choléra* fut telle, que ce dernier diagnostic fut posé. G. P.

vue médico-légal, et que, chez un *morphinomane alcoolique,* l'alcoolisme pouvait expliquer et excuser certains actes délictueux, que l'hypothèse de l'intoxication morphinique ne pouvait pas excuser, à elle seule, parce qu'elle ne les expliquerait pas. C'est ainsi que, dans cet ordre d'idées, l'alcoolisme, dans la forme subaiguë dite délire alcoolique, explique certains faits d'ordre impulsif, que l'intoxication morphinique, dans les données actuelles de la science, n'a pas pu provoquer.

C'est ici que nous devons expliquer nos réserves pour cette forme que les auteurs décrivent sous le nom de *delirium tremens d'état* et constatée dans le cours de l'intoxication morphinique.

Nous ne nions pas que cette forme existe, puisqu'elle est admise par des écrivains d'une haute compétence (Lewinstein en particulier). Nous avouerons, simplement, que nous ne l'avons jamais rencontrée dans les cas de morphinisme *pur* que nous avons observés.

Nous ne l'avons notée que dans les cas de suppression brusque, où, alors, le sevrage produit le véritable *delirium tremens morphinique* (Lewinstein) avec impulsion et délire des actes, en tout comparable, alors, au véritable *delirium*

tremens alcoolique, celui qui éclate chez les buveurs privés d'alcool (*delirium tremens alcoolique a potu suspenso*)[1].

Mais, enfin, ce qu'il importe de faire remarquer ici, c'est que nous l'avons surtout noté précisément dans ces cas hybrides dont nous parlons, et dans lesquels l'alcoolisme joue un rôle prépondérant, et doit être incriminé pour une plus large part que le morphinisme.

C'est dans ce sens que nous interpréterions volontiers le cas du morphinomane de Hallez, dont nous parlions plus haut. Peut-être que, en dehors de sa dose de 50 centigrammes de morphine, absorbée journellement, l'inculpé en question se livrait à des excès de boissons. Un accès de délire alcoolique nous expliquerait, alors, le fait délictueux incriminé (coups et blessures consécutifs à une impulsion) que ne peut nous expliquer, à lui seul, le morphinisme.

Cette coexistence sera donc, nous le répétons, importante à rechercher dans les cas de morphinisme médico-légal, d'autant que ces deux états, pour des raisons d'ordre social, existent souvent chez le même individu.

[1] Le delirium tremens (*a potu nimio*), des anciens auteurs, doit être banni, pour éviter une confusion regrettable, de la nomenclature actuelle, où il est remplacé plus souvent par d'autres dénominations plus vraies et plus scientifiques.

En effet, comme nous l'avons fait remarquer ailleurs[1], morphinomanie et alcoolisme sont souvent l'apanage de natures spéciales et affaiblies primitivement, qui, dépourvues du courage nécessaire pour entreprendre la lutte pour l'existence, cherchent un appui dans un stimulant factice.

L'alcool et la morphine se trouvent être, ainsi, dans cet ordre d'idées, les aboutissants d'une même cause : la désespérance et le manque d'énergie dans l'adversité.

C'est ce qui fait que ces deux états marchent souvent de pair.

Longtemps l'alcool a été le seul remède des gens qui cherchent l'oubli de leurs maux, ou un appui dans les difficultés de la vie. Mais, depuis quelques anées, la découverte de la morphine a été, pour ces natures amollies, une sorte de révélation.

Pour quelques-uns, je ne parle que des morphinomanes *par euphorie*, bien entendu, la curiosité a fait tout le mal, mais pour d'autres, déjà adonnés à l'alcool, ce poison ne suffisant plus à leur appétit maladif, la morphine s'est offerte comme un nouvel élément donné à leur système

[1] Mém. cit.

nerveux blasé, comme un remède nouveau dans les misères de la vie, et bien supérieur à l'alcool dont les manifestations bruyantes ne peuvent être cachées aux yeux des indiscrets.

Dans cet ordre d'idées, M. Marandon de Montyel rapporte une observation, qui met bien en lumière cette pathogénie que nous donnons, de la coexistence des deux intoxications en question. Nous ne pouvons résister au désir d'en donner quelques passages, parce qu'elle confirme bien la doctrine et la manière de voir, que nous venons d'exposer.

II. — Il s'agit d'un jeune docteur qui, étudiant, s'était livré déjà de bonne heure à l'abus des boissons alcooliques. — Il avait mené, jusqu'alors, du reste, une vie très accidentée. — En 1873, il se pratiqua, lui-même, des injections de morphine pour une névralgie. Il continua en raison des sensations agréables que ces injections lui procuraient, *sensations que l'alcool ne lui donnait pas ;* pendant un an il absorba, journellement, de 3 à 5 centigrammes.

Au bout d'un an, suppression et guérison. — Rechute. — En même temps, il se met à *boire de nouveau avec frénésie* parce que *la morphine ne lui procure plus des sensations suffisantes.* Il

mène de pair, pendant plusieurs années, ces deux passions. — L'alcoolisme surgit alors et présente des symptômes qui masquent complètement, par leur intensité, les troubles dus à l'ivrognerie morphinique : délire alcoolique violent, délire des actes. Il devient, par instant, brutal ; une agression le fait enfin interner dans une maison de santé où l'alcoolisme suit son cours ; là, accès fréquents de delirium tremens [1].

Il y a ici, il est facile de le voir, non seulement alcoolisme et morphinisme coexistant ou alternant, mais il y a du délire des actes, du délire furieux, qui présentent, pour notre étude, un intérêt médico-légal de la plus haute importance.

Cet homme, sous l'empire d'un de ces accès furieux, commet, supposons-le un instant, un acte délictueux quelconque. Devra-t-on imputer à son intoxication morphinique la genèse de ces actes impulsifs ? Evidemment non, car, comme je le disais plus haut, le *delirium tremens d'état du morphinisme*[2] ne repose sur aucune donnée scientifique sérieuse.

[1] Marandon de Montyel. *Ann. méd.-psych.* de 1885.

[2] Nous disons delirium tremens *d'état*, pour bien le différencier du delirium tremens *par privation*, véritable delirium tremens morphinique, qui a une existence pathologique, et dont il nous a été donné de voir des exemples très nets.

Un pareil inculpé sera évidemment déclaré responsable, parce que, pas un instant, on ne songerait à voir l'effet de l'intoxication morphinique, mais bien de l'éthylisme, dans ses accès de delirium impulsifs.

L'existence simultanée de troubles alcooliques peut donc présenter, pour le médecin expert, un grand intérêt, parce qu'alors, elle lui montre qu'en pareil cas, certains symptômes obscurs, notamment les accès de delirium tremens impulsifs, ne doivent pas être imputés à l'intoxication morphinique, mais bien à l'alcoolisme.

C'est ainsi que ces deux passions produisent chez le jeune docteur en question des symptômes différentiels très nets ; et il est facile de les voir évoluer, côte à côte, gardant les uns et les autres leur physionomie; en un mot, ces deux ordres de manifestations coexistent bien réellement, loin de se combiner.

Nous résumons encore la fin de cette observation que nous regardons comme très concluante.

Ayant éprouvé un échec à l'un de ses doctorats, le malade de M. Marandon chercha dans la morphine une consolation, que d'autres, en pareille occurrence, cherchent quelquefois dans

l'alcool. Mais il n'abandonne pas, pour cela, les liqueurs fortes ; il mène les deux intoxications de front et se livre à des excès de boissons répétés. Le résultat d'un pareil état de choses ne se fit pas attendre ; il redevient, à la fois, et morphinique, et alcoolique.

Les manifestations alcooliques arrivent même un moment à dominer la scène : hallucinations terrifiantes, etc. Et l'alcool, qui, chez lui, avait d'abord été pris comme remède, devint pire que le mal. L'éthylisme arrive à dominer le morphinisme. A la suite d'une attaque de delirium tremens que l'on doit, nous l'avons vu, mettre sur le compte de l'alcool et non de la morphine, il est interné dans un asile d'aliénés. Là, il est pris de conceptions délirantes érotiques et mystiques ressortissant, visiblement aussi, de l'alcoolisme et même de l'alcoolisme chronique : il est un nouveau Messie, il a le don suprême de pouvoir ressusciter les morts. C'est par l'anus, ajoute-t-il, que le monde a été perdu, c'est par l'anus qu'il doit arriver à tout régénérer. « Tout son système tourne autour de l'anus[1]. »

Le cachet démentiel de ce délire est la marque de l'alcoolisme chronique, l'intoxication morphinique n'a rien à y voir.

[1] Loc. cit.

On voit, de plus, par cette observation, comme nous le disions tout à l'heure, que les mêmes causes qui avaient présidé aux habitudes alcooliques, avaient provoqué, chez cet étudiant, l'ivrognerie morphinique.

Tant il est vrai, comme nous le disions dans nos préliminaires, qu'il y a un lien commun entre toutes ces passions, entre toutes ces intoxications. C'est précisément à ces *liens communs*, à ces *causes générales* que nous consacrerons un chapitre spécial, sur lequel, du reste, jettera un certain jour l'étude préalable de la *coexistence* de plusieurs intoxications, de plusieurs délires toxiques, chez un seul individu.

Nous allons terminer cette étude comparée sur l'éthylisme et sur le morphinisme, envisagés, dans leurs rapports réciproques, par l'observation résumée d'un autre morphinomane alcoolique.

Ce malade que nous désignerons par la lettre X... et dont nous tairons même la profession pour ne pas éveiller l'attention sur son nom, n'appartient pas, du reste, à la clientèle des Asiles d'aliénés. Il est venu nous consulter au commencement de l'année pour des habitudes

morphiniques invétérées qui remontaient déjà assez loin. L'étiologie en est intéressante, en ce sens qu'elle n'est pas banale : L'ivrognerie morphinique n'est pas due, ici, à une *thérapeutique intempestive*. On ne doit pas, non plus, lui donner comme cause une *origine euphoristique,* étiologie très commune en ce moment ; car, nous l'avons prouvé ailleurs, en nous appuyant sur une statistique assez raisonnable, la recherche de sensations inconnues et agréables, est l'unique origine de bon nombre de chutes, qui ne sont qu'une première étape avant d'arriver à la morphinomanie vraie. Quatre années avant de venir consulter, X... avait perdu son père qu'il aimait beaucoup. Cette mort lui causa un profond chagrin, et c'est alors, que, pris d'un violent désespoir, il chercha l'oubli dans l'usage de la morphine, dont il avait entendu vanter les propriétés enivrantes.

Il eut recours, dès le début, à des doses très élevées. Les résultats d'une pareille manière de faire ne se firent pas longtemps attendre. Au bout d'un mois, les injections, qu'il avait eu l'intention d'employer seulement pendant quelques jours, étaient devenues indispensables. Il ne pouvait déjà plus apporter le moindre retard dans l'administration de ses piqûres sans éprou-

ver un véritable malaise. En un mot, peu à peu et sans le savoir (c'est ainsi, toujours, que les choses se passent), il était devenu morphinomane; et si bien, qu'au bout de cinq mois, comme c'est la règle, à force d'augmenter les doses, il en était arrivé à absorber quotidiennement la dose énorme de 0 gr. 50. Et, quand il est venu nous consulter, c'est-à-dire après quatre années d'intoxications journalières, il prenait 1 gramme de chlorhydrate de morphine par jour.

Mais le point intéressant pour le sujet qui nous occupe, c'est que, à plusieurs reprises, dans le courant de ces quatre années, désolé de se voir sous le coup d'une passion aussi terrible, d'un vice aussi dangereux, il s'était laissé aller à faire de nombreux excès de boissons.

Incapable de réagir déjà par son caractère naturellement faible et placé, par surcroît, de par sa longue intoxication, dans un état d'infériorité cérébrale flagrante, il s'était trouvé frappé d'impuissance.

Les abus alcooliques lui avaient paru une nouvelle porte ouverte, une voie toute tracée pour oublier son triste état et, peut-être, pour en sortir. Son esprit malade l'avait ainsi entraîner à partager désormais sa vie en deux parts, aussi funestes l'une que l'autre.

Il avait voulu remplacer l'ivrognerie morphinique par l'ivrognerie alcoolique, et il était devenu la victime de l'une et de l'autre.

Ce cercle vicieux n'avait pas tardé à produire un résultat, prévu du reste. Son amaigrissement avait fait de tels progrès qu'il n'était plus reconnaissable aux yeux de ses amis, et la coloration de ses traits, si caractéristique chez le morphinique de vieille date, ne laissait aucun doute sur l'état de cachexie dans lequel il était tombé. Ajoutez à cela, des insomnies, des crises nocturnes, des troubles gastriques, d'une tout autre nature et assez caractéristiques.

Je ne veux pas insister, ici, sur les signes *différentiels* de l'éthylisme et du morphinisme qui nous occupent. Ce serait m'exposer à des redites inutiles, et il suffira de comparer cette observation aux deux observations précédentes, pour voir les effets des deux intoxications, et pour s'assurer que l'histoire de X... peut encore être donnée comme un type d'alcoolisme et de morphinomanie associés chez un même individu.

X..., après avoir manifesté l'intention formelle de se guérir de sa triste passion, fut placé dans un Asile spécial (première condition pour la guérison), et soumis à la suppression progressive.

Après deux mois de traitement, notre morphinomane était sorti, complètement guéri de son malheureux vice et, très amélioré, au point de vue de l'état général et des effets de l'alcoolisme.

Malheureusement, X..., comme nous l'avons dit, était d'un caractère naturel très faible; et, de plus, il avait pour ami intime un de ses compatriotes, morphinomane impénitent. Aussi, étant donné l'influence pernicieuse de l'exemple dans l'ivrognerie morphinique, influence que nous avons pu constater plusieurs fois, nous n'avons nullement été étonné d'apprendre, tout récemment, qu'il avait récidivé.

§ III

CONCLUSIONS

Pour terminer cette étude de séméiologie, de diagnostic différentiel, nous demandons la permission d'en résumer, très brièvement, les principaux points :

1° Tout d'abord il y a, entre l'ivrognerie morphinique et l'ivrognerie alcoolique, cette différence essentielle que la privation de morphine provoque chez l'intoxiqué un état spécial, *un état de besoin*, qu'on appelle *psycho-somatique*, qu'on

ne retrouve pas dans l'alcoolisme, et qui lui appartient, du reste, en propre ;

2° A l'*alcoolisme* appartiennent les hallucinations terrifiantes de la vue, les conceptions délirantes de persécution, les crises nocturnes, les troubles dyspeptiques variés dans l'ordre physique ;

Le *morphinisme* produit bien rarement des troubles psycho-sensoriels à proprement parler, excepté l'*état d'abstinence morphinique* (l'*abstinenz-morphine* des Allemands). Les troubles dyspeptiques du morphinisme sont plutôt des troubles d'ordre *névralgique,* et ne provoquent pas de lésions ;

3° Un *ralentissement général de la nutrition caractérisé par* l'amaigrissement rapide, la coloration jaune de la face et, surtout, *l'arrêt de la menstruation,* chez la femme, sont les effets les plus ordinaires d'une longue intoxication par la morphine ;

4° Ces deux états (*alcoolisme* et *morphinisme*) peuvent coexister ou alterner chez le même individu.

A l'aide de quelques signes différentiels il est souvent possible, par une analyse clinique attentive, de dissocier, chez un morphinomane alcoolique, les éléments qui appartiennent au morphinisme et à l'éthylisme.

CHAPITRE III

DE QUELQUES AUTRES INTOXICATIONS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA QUESTION DES DÉLIRES TOXIQUES MULTIPLES.

§ I

ÉTHÉROMANIE ET MORPHINOMANIE. — LEUR ASSOCIATION CHEZ LE MÊME INDIVIDU. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, MÉDICO-LÉGALES, DÉONTOLOGIQUES, ETC. — OBSERVATIONS.

Les intoxications, les délires toxiques les plus fréquents, aussi bien dans les hôpitaux et dans la pratique civile que dans les milieux spéciaux, sont, sans nul doute, après l'*alcoolisme* bien entendu, l'absinthisme et le morphinisme. Et, au point de vue particulier qui nous occupe des délires toxiques *multiples*, ce sont aussi ces trois états, que nous venons de passer en revue, que l'on voit le plus souvent s'associer ou alterner chez le même individu.

C'est un fait que nous avons développé du reste dans les chapitres précédents, et nous n'y revenons plus.

Mais il est une nouvelle intoxication beaucoup plus fréquente en Angleterre qu'en France, qui est venue s'implanter chez nous ; c'est l'*Éthéromanie*. Bien moins répandue dans notre pays que l'ivrognerie morphinique, *la passion pour l'éther* y fait cependant des victimes. Comme d'autre part elle peut aussi donner lieu à quelques considérations pratiques, nous demandons la permission d'entrer à son sujet dans quelques développements, d'autant qu'elle peut faire l'objet d'expertises médico-légales.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer deux cas bien caractérisés d'*éthéromanie*. Et les deux malades qui font le sujet de ces observations étaient par surcroît adonnés à d'autres passions du même ordre : l'un était en outre *alcoolique* et *absinthique*, l'autre *morphinomane*.

Nous ne pouvons donc mieux faire, puisque ces deux intoxiqués, pour cette double raison, rentrent tout à fait dans le cadre que nous nous sommes tracé au début de ce travail, que de publier ici leur histoire.

Nous croyons même que pour arriver plus sûrement au but que nous nous proposons, il y a intérêt à commencer notre étude différentielle de quelques intoxications, en donnant d'abord les

deux observations en question. Chemin faisant, dans le cours de la description, et à propos des symptômes observés chez nos malades, nous entrerons dans quelques considérations et nous insisterons alors surtout, sur les points de diagnostic différentiel.

La clarté de l'exposition ne peut que gagner à cette façon de procéder; et, au point de vue de la rigueur des conclusions, cette marche est, croyons-nous, bien préférable à celle qui consisterait à exposer séparément, d'abord l'étude séméiologique des deux états toxiques, puis les observations.

De cette manière, on évite des développements arides quelquefois inutiles, et que personne ne lit.

Abordons donc l'étude des faits. Nous verrons ensuite quelles sont les conclusions qui en découlent.

Notre première observation a trait, comme nous venons de le dire, à un cas de morphinisme et d'éthéromanie associés. La passion pour l'éther a d'abord précédé ici l'ivrognerie morphinique. Ces deux intoxications ont ensuite coexisté chez notre malade, puis alterné pendant un temps considérable, avec des fortunes diverses.

Éthéromanie et morphinomanie associées chez la même malade. — Guérison, rechutes. — Alternance, considérations médico-légales et thérapeutique comparée. — Il s'agit d'une femme de trente-six ans, entrée le 26 mai 1887, à la Clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne. Elle venait d'un hôpital de la ville, où on avait essayé en vain de la soumettre à un traitement.

L'hérédité, qui, comme nous le verrons dans la dernière partie de notre mémoire, doit toujours être recherchée, parce qu'elle donne des notions pathogéniques intéressantes, fournit quelques renseignements dont il faut ici tenir compte :

Grand'mère paternelle, morte de vieillesse.
Grand-père, *buveur*.
Père, *alcoolique*.
Grand-père paternel, cardiopathe.
Grand'mère maternelle, hémiplégique.
Mère, tuberculeuse.
Fils de dix-neuf ans, bizarre, dissipateur et débauché.

Notre malade, que nous désignerons par la lettre B..., semble, nous devons le dire, s'être ressentie de cette hérédité ; et il n'y a rien là qui doive nous étonner beaucoup, étant donnée l'influence néfaste que des ascendants alcooliques,

comme l'a si bien démontré Morel[1], peuvent avoir sur leurs descendants. Sans être à proprement parler hystérique (elle n'en a jamais présenté les stigmates) Mme B... est très nerveuse. Très colère et très emportée dans sa jeunesse, elle entrait quelquefois dans des accès de rage véritable à propos du plus léger motif, pour une simple réprimande, parfois sans raison aucune. Réglée à douze ans, la menstruation *s'est toujours effectuée régulièrement avant sa maladie.*

Mme B... se maria à dix-sept ans, contre son gré, et forcée par sa famille. Elle aurait voulu épouser un jeune homme qu'elle aimait éperdument, mais dont la demande fut repoussée par sa mère. Mme B... ne s'est jamais consolée de ce qu'elle appelle le plus grand malheur de sa vie, et en conçut un très vif chagrin.

Aussi chercha-t-elle toutes les occasions de s'étourdir et d'oublier ce jeune homme. Elle se lança dans des aventures galantes, et paraît avoir trouvé des consolateurs. Mais rien ne pouvait effacer le souvenir pénible et qui s'attachait à son existence. L'idée d'en finir avec la vie lui était venue plusieurs fois à l'esprit, mais au moment d'accomplir ses projets de suicide, le courage lui manquait.

[1] Loc. cit.

C'est alors que se place dans la vie de notre malade un épisode important, qui marque son entrée dans la vie pathologique, qu'elle ne devait plus quitter. Au sortir d'un bal où elle avait été chercher une distraction à ses chagrins, et où elle s'était longuement entretenue avec l'homme dont le souvenir remplissait toute son existence, Mme B... était revenue chez elle, plus désolée, plus anéantie que jamais : c'est alors que pour la première fois, cherchant un oubli à ses maux, *elle eut recours aux inhalations d'éther*, dont elle avait entendu vanter les vertus enivrantes, et dont elle s'était procurée immédiatement un flacon au sortir de cette soirée.

Cet incident remontait aux premiers mois de son mariage.

Les *inhalations*, contrairement à l'observation suivante, furent ici la seule forme d'intoxication employée. Jamais il n'en fut pris à l'intérieur.

Mme B... avait recouru une première fois à l'éther par désespoir, *pour s'étourdir*. Elle en continua l'usage, heureuse de l'enivrement passager, qu'il produisait chez elle. L'habitude et l'accoutumance firent le reste. Et au bout de deux mois de cette pratique, les abus d'éther étaient journaliers : elle était devenue *éthéromane*.

Ses pratiques quotidiennes ne l'empêchèrent

nullement de mener à bien une grossesse qu'aucun accident ne vint accompagner. Elle accoucha à sept mois et demi, il est vrai, d'un enfant peu vigoureux, mais qui ne présentait aucune tare physique grave. Il y a là un fait intéressant à rapprocher des faits du même ordre observés dans les autres états toxiques.

La naissance de cet enfant ne mit pas un terme à son déplorable penchant pour l'éther. Bien au contraire, ce fut à peu près vers cette époque qu'elle multiplia le plus ses inhalations, dont elle abusait au point de négliger tout, de tout abandonner, quand arrivait le moment de respirer son poison favori.

Ces inhalations avaient lieu le soir, rarement le jour. Voici le *modus faciendi* qu'elle employait alors, et tel qu'elle nous l'a elle-même décrit :

Dès qu'elle était couchée, elle s'emparait du flacon d'éther qui ne la quittait jamais la nuit, et qu'elle renfermait le jour précieusement. — Elle versait 50 à 60 grammes de liquide dans une soucoupe qu'elle plaçait sous son menton, et prenait la précaution de se couvrir complètement la tête d'un mouchoir, pour que les vapeurs ne fussent pas perdues. — Elle s'assoupissait ainsi pendant vingt minutes, une demi-heure. Il lui arrivait même très souvent de dépasser cette

limite, tellement les sensations qu'elle éprouvait alors, lui étaient agréables.

Malgré les vives remontrances de son mari dont elle ne tenait aucun compte, Mme B... continua à s'éthériser *pendant neuf années consécutives*.

Pendant neuf années, elle inhala, en moyenne, par jour, une dose d'éther qu'on peut évaluer de 60 à 80 grammes.

Et cependant, on doit dire que les accidents observés ne furent nullement en rapport, contre toute attente, avec des abus si prolongés et surtout si fréquemment renouvelés.

Comme troubles *mentaux*, nous pouvons même dire que les résultats de ce long empoisonnement furent négatifs. La *mémoire* était intacte, et l'examen le plus minutieux ne put jamais, à cette époque, c'est-à-dire, avant que les excès morphiniques ne fussent venus se surajouter à l'éthérisme, déceler la moindre lacune. Tous ses souvenirs, même les plus lointains, revenaient avec une précision surprenante chez une malade aussi intoxiquée, aussi imprégnée par l'éther que l'était Mme B...

Notre éthéromane, il est bon de le mentionner, était du reste très intelligente, fort au-dessus de la moyenne et avait reçu une instruction

soignée qu'étaient venus sanctionner des diplômes universitaires supérieurs, rarement décernés aux femmes. — Or, quand il était fait appel à ces souvenirs classiques éloignés, elle répondait avec assurance, et sans commettre d'erreurs : les plus petites dates de l'histoire, des petits faits se rapportant à des auteurs qu'elle avait laissés de côté depuis nombre d'années, et des détails minutieux puisés dans ses anciennes lectures, étaient rapportés sans hésitation aucune.

La *mémoire* n'était pas la seule faculté respectée. Les autres facultés intellectuelles paraissaient également indemnes, et son intelligence, quand surtout elle était *en puissance* de ses poisons favoris, paraissait encore vive et enjouée ; et rien dans ses conversations ne pouvait faire deviner une intoxiquée de vieille date. Elle prenait encore grand plaisir à la lecture qu'elle avait toujours aimée, du reste, on peut dire avec passion ; et, lire deux romans par jour ne la fatiguait pas. — Disons ici incidemment, qu'à partir du jour où elle avait constaté son funeste penchant à s'éthériser, la lecture des romans était devenue son unique occupation : quant à ses charges et à ses devoirs d'épouse et de mère, elle n'en avait nul souci, et jamais elle ne s'est occupée ni de son mari, ni de son enfant : sa seule préoccupation

en dehors de ses feuilletons, c'était sa passion, c'était l'éther.

Nous effleurons là un point qui mérite de nous arrêter à présent :

Nous disions tout à l'heure que Mme B..., malgré son intoxication avancée, se faisait remarquer par l'intégrité relative de ses Facultés *Mentales*. En effet, étant données la compréhension et la signification, accordées à ce terme en psychiâtrie, c'est ici le moment d'apporter à notre assertion quelques restrictions. — Etant donné que l'état mental comprend, outre les *facultés de l'intelligence*, *le sens moral,* nous avons peut-être été trop loin en déclarant, qu'à ce point de vue notre éthéromane était indemne.

Car nous devons dire que bien au contraire, dans la sphère des facultés morales et affectives, Mme B..., en pleine période d'intoxication, à plusieurs reprises même, a présenté des lacunes incontestables. Nous devons même dire que, dans son histoire pathologique, c'est là un point des plus intéressants, en raison des considérations pratiques et médico-légales qu'il soulève. Nous ne pouvions donc le passer sous silence.

Empressons-nous d'ajouter, que les faits délictueux incriminés ne doivent pas du premier coup,

parce qu'il y a coïncidence avec l'éthéromanie, être mis absolument, et simplement de ce chef, sur le compte de l'intoxication. Mais, ayant été accomplis pendant que la malade était en pleine *puissance*, nous pouvons, nous devons même, les envisager, dans les rapports qu'ils peuvent avoir avec la passion pour l'éther.

Il était de notre devoir, étant donnée cette coïncidence des délits, sinon d'y voir un rapport de causalité, du moins de les rapporter ici, et d'apprécier la responsabilité de notre éthéromane. Les actes délictueux seront d'autant plus intéressants à étudier ainsi, qu'on pourra les rapprocher d'actes de même ordre commis par *la même malade,* quelques années plus tard, alors que le morphinisme avait remplacé l'*éthérisme.*

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails circonstanciés qui ont rapport à ce point noir de son existence, car ceux-ci n'ont jamais donné lieu à aucune enquête, à aucune expertise médico-légale, de sorte que, sous ce rapport, nous sommes tenu à une certaine réserve. D'autres parts, de trop longs développements seraient inutiles, d'autant, que plus loin, nous serons forcé en raison des actes de même nature, commis pendant qu'elle était morphinomane, quelques années plus tard, de revenir sur ce sujet.

Les faits délictueux, dont il s'agit actuellement, ont été commis en assez grand nombre à ce moment de son existence pathologique. Ils ont consisté surtout en vol et faux en écriture. Or il ressort des renseignements fournis par elle et venant de diverses sources, qu'à l'époque de ces délits variés, elle était sous le coup de l'intoxication par l'éther, ou mieux, en *puissance* d'éther.

La signification de cette dernière formule a été suffisamment définie, pour que nous n'y insistions pas ici.

Il est évident que Mme B.., en se retranchant derrière cet argument, avait conscience de sa valeur, et elle espérait bien par là, se laver aux yeux de son entourage (jamais, comme nous le disions plus haut, le tribunal n'a été saisi de ces faits et n'a provoqué d'expertise judiciaire, ses actes délictueux ayant tous été commis au préjudice des siens), et elle comptait bien bénéficier, aux yeux de ses parents, de ses amis, de son état d'intoxication.

Il est évident, d'autres parts, qu'il y avait chez notre malade, au point de vue de la responsabilité médico-légale, à tenir le plus grand compte de son état d'empoisonnement prolongé par l'éther. Mais innocenter complètement une éthé-

romane d'un vol, par exemple, d'emblée, serait une grave erreur de la part d'un médecin légiste.

Le système de défense de Mme B... se ressentait du milieu dans lequel elle vivait (son mari occupait une haute profession libérale) et elle savait fort habilement, trop habilement peut-être, tirer parti des quelques connaissances qu'elle possédait. Et en se retranchant derrière sa passion, elle déclarait implicitement, en effet, qu'elle obéissait à des *impulsions* maladives, à voler, etc., engendrées chez elle par l'abus de l'éther.

Ce système de défense n'est pas nouveau du reste, c'est celui employé par les femmes grosses, par les intoxiqués de toutes sortes : les *alcooliques* et les *morphinomanes* surtout.

Mais, s'il n'est pas nouveau, il n'en a pas plus de valeur pour cela.

Les tribunaux commencent heureusement à avoir des idées très nettes sur la responsabilité des délinquants en pareil cas ; et les jugements rendus actuellement dans cet ordre d'idées, sont une preuve que les magistrats apprécient à leur juste prix les arguments de cet ordre. On connaît mieux maintenant les folies *puerpérales* et *toxiques,* même dans les milieux dont nous par-

lons[1], du moins dans leurs rapports avec la responsabilité médico-légale.

On sait, et on s'appuie pour cela sur des faits cliniques, maintenant assez nombreux, que les *impulsions*, à part quelques cas particuliers très rares dont nous parlerons, et si souvent invoquées par les inculpés de cette catégorie, n'existent pas plus dans les *Etats Toxiques*, que dans la grossesse. Et toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un argument de cet ordre, il faudra se tenir sur la plus sage réserve.

Toutes les fois, aussi bien dans l'alcoolisme que dans l'absinthisme, aussi bien dans l'absinthisme que dans le morphinisme, et l'éthérisme,

[1] La possibilité que possédaient depuis quelque quinze ans les magistrats et les avocats de pénétrer sur la présentation de leurs cartes dans les asiles d'aliénés, a produit d'excellents résultats. La faculté qu'ils ont maintenant de suivre les visites et les cours cliniques donne de très bons effets. On est en effet étonné, quand on a suivi quelques débats, de voir avec quelle compétence, au sujet des délits de cet ordre, sont tranchés certains points de responsabilité pénale. Je ne puis parler ici bien entendu que des délits de *police correctionnelle*, où ce sont les *magistrats*, qui sont appelés à statuer sur le fait incriminé. Combien, quand les faits de même nature viennent en *cours d'assises*, les décisions changent de *mesure!* C'est qu'en effet, le jury, institution admirable d'ailleurs, n'a pas à beaucoup près, il faut bien le dire, au point de vue particulier qui nous occupe, et ne peut pas avoir, la compétence du tribunal, des *magistrats*. Car quelques-uns de ceux-ci, il faut avoir le courage de ne pas le cacher, sont même plus versés dans ces questions spéciales, que certains d'entre nous. (Dr G. Pichon.)

n'échappe pas à cette règle, toutes les fois qu'un *intoxiqué quelconque*, en un mot, inculpé d'un fait délictueux quelconque, viendra mettre l'acte incriminé sur le compte d'une impulsion provoquée par un état toxique, il faudra se tenir sur ses gardes :

Car, pour l'immense majorité des cas, les faits d'impulsions invoquées dans les différentes intoxications, sont simulées pour les besoins de la cause.

Et, cette formule est vraie pour tout ce qui concerne les passions dont nous avons parlé, depuis l'alcoolisme jusqu'à la cocaïnomanie, en passant par la morphinomanie et l'éthéromanie. Elle doit être considérée comme vraie, car elle s'appuie sur toutes les expertises médico-légales que nous avons consultées.

Il est évident que l'éthéromanie rentre dans la règle générale. Jamais, du reste, en nous appuyant sur les faits signalés dans les auteurs, en nous basant sur nos deux observations, l'usage de l'éther, même longtemps continué (chez un de nos malades, cette passion remontait à neuf années, chez le second, à quinze années), n'a donné lieu à des impulsions, de quelque ordre qu'elles soient.

Pourquoi alors ces impulsions qu'on n'observe

jamais, et qu'on n'a jamais observées *en clinique,* se rencontreraient-elles seulement pour conseiller le mal, se rencontraient-elles uniquement *dans la pratique médico-légale?*

Il est évident qu'elles sont alors invoquées pour les besoins d'une mauvaise cause.

Leur existence a cependant été admise autrefois par un certain nombre de médecins. Il importe donc d'être bien fixé sur ce point important de médecine légale, et de ranger, en s'appuyant sur la clinique, une fois pour toutes, et au rang des erreurs, des idées d'un autre âge, les *impulsions,* dans les délires toxiques, dans les intoxications[1].

Dans le cas particulier qui nous occupe, lorsque Mme B..., pour se disculper de ses délits, invoque des impulsions irrésistibles, il est donc évident qu'il n'y a à tenir aucun compte de ses allégations. Nous devons ici faire cependant quelques réserves.

L'éthéromanie ne suffit pas à expliquer chez

[1] Il est bien évident que nous donnons ici à ce mot *impulsion*, le sens qu'on lui donne, en médecine mentale judiciaire, c'est-à-dire de *tendances irrésistibles et conscientes* à commettre tel ou tel acte. C'est là du reste la seule signification vraiment scientifique du mot : c'est par un abus de langage regrettable qu'on a appliqué en pathologie mentale la dénomination d'impulsions, aux actes de brutalité *inconsciente* de l'aliéné, qui frappe, déchire ses vêtements, etc. (G. Pichon.)

notre malade les actes dont il s'agit, mais plus tard, lorsqu'elle sera devenue morphinomane, elle commettra de nouveaux vols. Nous verrons qu'alors, *les circonstances toutes particulières,* dans lesquelles ils auront été commis, et sur lesquelles nous insisterons, ne seront plus les mêmes, et qu'elles devront faire exonérer complètement l'inculpée.

Il est donc, avéré que, contre son dire, Mme B... n'a pas cédé à des impulsions irrésistibles, engendrées par l'usage journalier de l'éther ; mais cependant si elle avait été soumise à ce moment à des expertises, médico-légales, l'expert, se basant, non plus il est vrai sur son éthéromanie, mais bien sur son état cérébral de déséquilibration mentale, et sur sa tare héréditaire, n'aurait pu la déclarer entièrement responsable de ses actes.

Cette dépravation morale dans son existence n'a ainsi qu'un rapport de coïncidence avec son intoxication. Mais nous devions l'indiquer et l'apprécier dans ses rapports avec l'état toxique coexistant, ne fût-ce que pour arriver à un résultat négatif, qui a son importance clinique.

Ceci dit, revenons aux autres symptômes provoqués chez Mme B... par les abus prolongés de l'éther.

Nous avons vu que dans l'ordre intellectuel, l'éthérisme n'avait pas produit d'altération appréciable. Si maintenant nous examinons les effets produits chez elle par cette longue intoxication dans l'ordre physique, nous verrons que les différentes fonctions avaient peu souffert.

A aucun moment, pendant tout le temps qu'elle fut sous le coup de cette passion, on ne remarqua les troubles gastro-intestinaux, si fréquents dans certains autres états toxiques.

L'éther ne paraît pas non plus avoir produit des accidents d'ordre pyscho-sensoriel. Le sommeil resta toujours bon. On n'observa ici ni illusions, ni hallucinations de la vue, ni troubles de la sensibilité générale, ni crises d'agitation nocturne, comme on pouvait s'attendre à en rencontrer.

Nous tenons enfin à signaler un fait qui, quoique négatif, acquiert une certaine valeur différentielle ; c'est que la *menstruation* ne fut en aucune façon troublée par les abus de l'éther. Or, nous avons déjà dit et nous verrons tout à l'heure que l'arrêt de la menstruation est une règle dans le morphinisme.

Un autre point de diagnostic différentiel sur lequel nous tenons à appeler l'attention, c'est ce que nous pourrions appeler l'*état de privation* dans l'éthéromanie, qui n'a rien de comparable

avec l'état analogue du morphinisme, ou *état de besoin*. Durant sa longue intoxication par l'éther, quand arrivait l'heure des inhalations, c'était, nous raconte Mme B..., une ivresse, qu'elle n'aurait pas voulu se refuser pour bien de l'argent; mais ce qu'il nous faut noter ici expressément, c'est que s'il lui arrivait, pour une cause quelconque, de voir sa séance d'inhalation ajournée, même jusqu'au lendemain ou au surlendemain, *jamais en pareil cas elle n'éprouvait de douleur physique*.

Plusieurs fois, il lui est arrivé, forcée par la nécessité, et ne pouvant se procurer de l'éther, de se passer, pendant un jour ou deux, de son stimulant ordinaire sans éprouver la moindre souffrance : des regrets concernant les quelques heures d'ivresse perdues, et c'était tout. « Or, quelle différence avec les effets de la morphine ! » nous disait la malade elle-même, en faisant allusion aux tortures véritables que lui causa plus tard le *sevrage* de ce stimulant, et aux douleurs provoquées par le traitement (suppression progressive), car l'éther, on le sait, ne produit pas, à beaucoup près, les mêmes effets.

La façon dont elle cessa de s'éthériser, vient encore, du reste, à l'appui de ce que nous avançons.

A la suite d'un voyage à V..., Mme B... avait oublié de se munir de sa provision d'éther, qui ne la quittait d'ordinaire jamais. « La nuit venue, raconte-t-elle, lorsque je m'aperçus de l'absence de mon flacon, j'eus une attaque de nerfs, produite plutôt par le dépit que par la privation de mon stimulant. » Elle éprouva alors tout le reste de la nuit de l'énervement qui l'empêcha de fermer l'œil jusqu'au jour. Le lendemain, elle fait chercher de l'éther dans tout le pays, mais comme il n'y avait pas de pharmacien, elle dut s'en passer. Surveillée de très près par les siens, elle ne put leur échapper et aller à la ville voisine se procurer son poison. Cette privation brusque fut accompagnée d'insomnie et d'agitation nocturne.

Mais cette suppression forcée ne fut accompagnée d'aucun symptôme grave : *pas de diarrhée, pas le moindre vomissement.* Il n'y eut pas même, à proprement parler, de souffrances. Un simple malaise et des insomnies qui durèrent une huitaine de jours, et ce fut tout.

Voilà comment Mme B... guérit *une première fois* de sa passion pour l'éther.

Mais nous allons malheureusement assister maintenant chez elle à l'éclosion d'une nouvelle

intoxication plus pernicieuse encore que l'éthéromanie.

Il y avait quelques semaines que Mme B... ne se livrait plus à ses inhalations quotidiennes, lorsqu'elle fut prise, sous l'influence de causes, ignorées, qu'elle avait grand intérêt à cacher, d'une métro-péritonite. Le médecin qui la soignait alors, ignorant qu'il avait affaire à une ancienne éthéromane, dans le but de calmer des souffrances très vives, lui pratiqua des injections de morphine.

Etant donné l'état névropathique de la malade, ce qu'il était facile de prévoir arriva. Notons ici incidemment que les débuts de cette passion pour la morphine sont presque toujours les mêmes, à quelques détails près.

Les premières piqûres furent douloureuses, puis, peu après, elles s'accompagnèrent d'un sentiment de bien-être. Pendant quelque temps, le médecin les fit ; au bout de quinze jours, la malade les pratiquait elle-même outrepassant, bien entendu, les prescriptions, et se piquant à plusieurs reprises dans la journée. Bref, au bout d'un mois, elle faisait renouveler l'ordonnance à chaque instant, commençant à souffrir du plus léger retard dans l'adminis-

tration de sa piqûre : *elle était morphinomane.*

Au bout de trois mois elle était arrivée à la dose journalière de *vingt centigrammes.*

Un détail que nous devons signaler ici, c'est que, connaissant très bien par ses lectures les funestes effets de la morphine, elle resta pendant cinq ans à cette dose relativement faible. Ce n'est pas ainsi que procède le morphinomane dans l'immense majorité des cas. Le plus souvent, c'est du moins ce qui ressort de nos observations, le morphinomane arrive presque fatalement au bout de quelques mois à dépasser 0 gr. 50 ; souvent même il atteint 1 gramme.

Chez notre malade cette dose de 0 gr. 50 ne fut atteinte qu'au bout de sept ans. Pendant trois ans cette quantité ne fut pas dépassée. Et c'est à la dose journalière de 0 gr. 50 qu'elle se trouvait encore, quand nous fûmes appelé à l'examiner, dix années après le commencement de l'intoxication.

Malheureusement, pour se maintenir à cette dose relativement peu élevée, elle avait eu recours à un expédient singulier, sorte de cercle vicieux dont les résultats funestes faciles à prévoir devaient lui être en somme tout aussi préjudiciables : *Mme B..., au bout d'un an à peine*

d'intoxication morphinique, était revenue aux inhalations d'éther.

Elle fut ainsi pendant plus de huit ans *à la fois morphinomane et éthéromane.* Les effets de cette longue intoxication par la morphine n'étaient pas si graves cependant qu'on aurait pu le prévoir.

L'embonpoint n'avait pas diminué, bien que les troubles digestifs fussent devenus permanents. La dyspepsie est du reste un apanage réservé à tous les morphinomanes.

Comme trouble physique profond nous devons noter ici l'*arrêt de la menstruation,* symptôme que nous regardons comme *constant* dans le morphinisme, et qui prouve combien en somme les fonctions de l'organisme sont touchées profondément.

Enfin un point sur lequel nous devons insister en raison de son importance médico-légale et de son intérêt diagnostic, c'est un fait de *responsabilité morale* qui rentre en même temps dans la symptomatologie. L'incident auquel nous faisons allusion jette une vive lumière sur certains côtés de la question. Il permet de faire ressortir, malgré une analogie apparente, et d'établir à ce point de vue, entre l'intoxication par la morphine et les autres intoxications. et dans

l'espèce l'éthérisme, une différence bien tranchée. Voici le fait.

Nous venons de voir, en parlant de la première phase de cette vie si accidentée, que Mme B..., au début de son éthéromanie, avait commis un acte délictueux que sa passion pour l'éther ne pouvait ni expliquer ni excuser.

Or, quelques années plus tard, se trouvant en pleine phase d'intoxication par la morphine, elle commet un nouveau vol dans les circonstances suivantes : elle se trouva un jour à court d'argent et de morphine, c'est-à-dire dans cette situation si terrible où le morphinomane déjà en *état de besoin* n'a pas même à sa disposition de quoi se procurer son stimulant quotidien, et voit arriver les indicibles angoisses de l'état d'*abstinence* (abstinenz-morphine). C'est dans ces conditions, cette fois bien particulières, que, *privée de morphine depuis douze heures, elle déroba à une de ses parentes un bracelet qu'elle courut vendre immédiatement; et, avec la somme perçue donnée en retour, elle se procura le poison qui lui manquait depuis le matin.*

Nous soulignons tous les termes de cette proposition, car ce sont précisément les circonstances du vol qui doivent ici, et dans les cas analogues,

aider à mesurer la responsabilité du morphinomane. Or, avant toute discussion, disons que notre morphinomane doit être déclarée irresponsable, et, de ce chef, exonérée du vol du bracelet en question. C'est qu'en effet les conditions dans lesquelles cet acte délictueux a été accompli sont tout autres que celles qui ont accompagné le délit dont nous parlions plus haut, et pour lequel la malade mettait en avant sa passion pour l'éther.

La question de la responsabilité médico-légale des morphinomanes, qu'on s'est plu à rendre obscure, devient, croyons-nous, assez simple et assez claire, si au lieu de considérer en bloc tous les cas de morphinisme, et de vouloir établir une règle générale, on considère chaque cas pris en particulier. On voit alors que, à côté des cas dans lesquels le morphinisme n'entraîne pas l'irresponsabilité (c'est même là une règle générale que l'on retrouve dans les conclusions de toutes les expertises judiciaires soulevées à ce sujet), il y a quelques cas particuliers où le morphinique doit être déclaré irresponsable.

C'est ainsi que sans établir de règle fixe on peut dire, que lorsque le *but direct et immédiat* d'un morphinomane, *en commettant un délit, est*

de se procurer de la morphine, on doit incliner vers l'irresponsabilité.

Le rôle du médecin légiste en pareil cas est donc d'étudier les circonstances du délit, à ce point de vue particulier.

Il devra faire rechercher par l'instruction, si, au moment même du délit, le prévenu était ou non *en possession de morphine*, auquel cas, on le comprend aisément, le vol ne pourrait avoir pour excuse l'abstinence morphinique, le besoin psycho-somatique si réel, qui provoque chez le morphinomane en privation, cet état si plein d'angoisse, dont on se rend bien compte dans le traitement du morphinisme par la suppression brusque. Au contraire, s'il était prouvé qu'au moment du délit, le morphinomane ne possédait plus de morphine; si, en d'autres termes, il était prouvé, comme nous le disions, que le but de l'acte délictueux est de se procurer le stimulant qui manque, l'inculpé doit être exonéré. En pareille occurrence, étant donnés la nécessité, le besoin impérieux pour l'organisme d'absorber à certaines heures un aliment quasi indispensable, le malheureux morphinomane se trouve placé, dès lors, sous le rapport de la responsabilité légale, dans les mêmes conditions que le nécessiteux affamé, qui poussé par la faim dérobe un morceau de pain.

Cette comparaison peut paraître paradoxale au premier abord, mais quand on a assisté une fois au tableau du morphinomane en privation, on la trouve absolument légitime et conforme à la vérité. J'irai même plus loin, et, m'appuyant sur des cas que j'ai recueillis en assez grand nombre depuis cinq ans, je crois qu'il est permis d'avancer, que l'intoxiqué en *véritable état de besoin*, offre un spectacle sinon plus saisissant, du moins plus bruyant, que celui de l'affamé.

Le morphinomane dans cet état, pour se procurer l'agent qui manque, perd tout poids et toute mesure. Les facultés supérieures, la raison, n'obéissent plus alors aux ordres d'un cerveau malade, *souvent même en délire*.

Nous avons cité ailleurs l'observation d'une femme, qui, s'étant trouvée à trois reprises dans cet *état de privation*, avait essayé à trois reprises d'en finir avec la vie. Une autre fois, dans une circonstance analogue, et absolument nécessiteuse, bien qu'honnête femme et mère de famille, elle n'avait pas craint, pour se procurer de la morphine, de descendre dans la rue, et de se prostituer. Elle regrettait amèrement ce qu'elle avait fait, mais pour sa défense, elle invoquait un besoin impérieux, irrésistible de se procurer le stimulant ordinaire.

Nous pourrions, dans cet ordre d'idées, multiplier les exemples, mais nous croyons avoir suffisamment prouvé que le morphinomane qui commet un délit doit être déclaré irresponsable s'il a pu être établi qu'au moment même : 1° *il était en état d'abstinence morphinique ;* 2° *et que le but immédiat de l'acte incriminé était de se procurer de la morphine.*

Nous croyons que ces conclusions sont basées non seulement sur la clinique, mais sur des considérations physiologiques.

Ceci dit, pour en revenir à notre malade, il ne reste donc plus qu'à rechercher si au moment du fait délictueux (dans l'espèce, vol d'un bracelet), elle se trouvait dans les conditions bien déterminées que nous venons d'indiquer.

Or il résulte des renseignements circonstanciés qui nous ont été fournis par son entourage, que Mme B..., comme nous l'avons vu plus haut, du reste, se trouvant dans la situation requise, doit être regardée comme irresponsable : Dérober fièvreusement un bijou sans presque se cacher, courir immédiatement le vendre chez le premier brocanteur venu, sans prendre le temps de réfléchir, et, avec le prix donné en retour, de beaucoup inférieur à la valeur réelle, se précipiter chez le premier pharmacien, *avec une ordon-*

nance fausse fabriquée immédiatement, tout cela n'avait duré que quelques secondes. Toute cette scène, dans laquelle cependant elle avait trouvé le temps de commettre deux *délits* (vol de bijoux et faux en signature), s'était accomplie avec une rapidité extraordinaire. — Pourrait-on, après cela, pourrait-on, devant cette irrésistibilité pathologique, en présence de cette appétence toute physiologique développée par l'abstinence morphinique, pourrait-on, la déclarer coupable, et comparer ce vol à celui commis par la même malade lorsqu'elle était sous le coup de l'intoxication par l'éther ?

Evidemment non, car, sans entrer dans des détails différentiels qui nous mèneraient trop loin, il y a entre les deux délits cette différence essentielle, que, dans l'éthéromanie invoquée, l'inculpée ne peut se retrancher derrière un *état de besoin,* que l'on trouve au contraire dans la morphinomanie, avec des caractères d'irrésistibilité, qui n'existent du reste dans aucune autre intoxication.

Hâtons-nous d'ajouter que ce dernier délit, provoqué par l'abstinenz-morphine, ne donna lieu du reste à aucune expertise judiciaire, ayant eu lieu, comme le premier, dans l'entourage immédiat de la malade, entourage qui jugeait

d'ailleurs la situation avec beaucoup d'intelligence.

Cette observation d'éthéromanie et de morphinisme évoluant chez une même malade, présente, on le voit, des considérations diagnostiques intéressantes.

Sans qu'il soit besoin d'entrer dans de longs détails, on saisit ainsi d'un seul coup d'œil les analogies et les différences que peuvent présenter ces deux passions. Et, comme ici le terrain ne varie pas, on comprend que les conclusions soient bien plus rigoureuses que si l'on avait affaire même à des cas nombreux de l'une et de l'autre.

Aussi les conclusions suivantes, qui résument ces longues considérations, nous paraissent absolument légitimes :

Conclusions.

1° L'intoxication par l'éther, tant au point de vue physique qu'au point de vue psycho-sensoriel, s'accompagne de symptômes beaucoup moins graves que le morphinisme;

2° L'usage fréquent de l'éther développe peu à peu l'*éthéromanie,* c'est-à-dire une passion qui pousse à abuser journellement de l'éther ;

3° Mais la passion pour l'éther — la coexistence de ces deux intoxications chez notre malade en fait foi — ne s'accompagne pas, à beaucoup près, de l'*irrésistibilité* à rechercher le stimulant, que l'on trouve dans le morphinisme ;

4° Cette différence se retrouve dans l'*état de privation.* L'état de privation de l'*éthéromane* diffère considérablement de l'*état de besoin* du *morphinomane*, tant au point de vue mental, où l'on ne trouve ni l'angoisse ni l'anxiété si caractéristique de l'*abstinence morphinique*, qu'au point de vue physique, où l'on ne trouve que quelques accidents peu graves au lieu des symptômes si graves, qui peuvent succéder à la suppression de la morphine (vomissements, diarrhée, hypothermie, frisson, quelquefois même le collapsus et la mort) ;

5° La responsabilité médico-légale n'est pas la même non plus à beaucoup près dans ces deux intoxications :

a. L'éthéromanie ne pourra *jamais* être invoquée comme entraînant l'irresponsabilité d'un inculpé ;

b. Dans la grande majorité des faits, il est vrai, il en est ainsi du morphinisme. Mais dans un cas

au moins, *que nous avons bien précisé*, la morphinomanie doit être une cause d'irresponsabilité.

Voilà, je crois, les conclusions que nous pouvons tirer de notre longue observation et des considérations qui l'accompagnaient. Il nous reste à dire ce qu'est devenue la malade qui fait le pivot de cette discussion.

Mme B..., après avoir été successivement éthéromane, morphinomane, puis simultanément éthéromane et morphinomane, voyant bien que les funestes résultats de sa passion et de cette double intoxication ne pouvaient manquer d'apparaître à un moment donné, prit le parti de se soumettre à un traitement régulier.

Entrée dans ce but dans un hôpital du centre, ce qu'on pouvait prévoir arriva : elle trompa le médecin ; c'est alors qu'elle fut dirigée sur la Clinique de l'asile Sainte-Anne.

Après un traitement par *suppression progressive*, et des péripéties que nous avons longuement rapportées ailleurs[1], elle sortit complètement guérie, et de son éthéromanie qui céda du reste sans aucun incident, et de son morphinisme. Se rappelant les dangers que lui avait fait courir sa

[1] Mém. cit., chap. du *Traitement*.

passion elle sortit, bien décidée à ne plus tomber dans ses errements passés.

Et cependant, malgré toute ses promesses, malgré toutes ses bonnes résolutions, nous devons faire ici de grandes réserves.

D'un tempérament profondément névropathique, elle appartient, d'ailleurs, de par son hérédité, à cette grande classe d'individus dont nous parlerons plus loin, et qui fournit un si large tribut à toutes ces passions artificielles si bizarres. Il y a donc lieu de redouter ici une récidive, à une échéance plus ou moins éloignée.

§ II

ÉTHÉROMANIE, ALCOOLISME ET DIPSOMANIE. — LEUR ASSOCIATION CHEZ LE MÊME INDIVIDU. — DÉSÉQUILIBRATION ET DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE.

Nous allons maintenant étudier l'éthéromanie dans ses rapports avec un autre état toxique beaucoup plus répandu que le morphinisme. Le malade qui fera le pivot de cette étude était en effet non seulement un *éthéromane,* mais un *alcoolique* absinthique avéré. Comme précédemment, nous discuterons les faits, et nous entrerons dans les considérations nécessaires, au cours même de notre observation.

Nous aborderons donc immédiatement l'histoire du malade en question sans entrer en ce moment dans d'autres détails, nous réservant d'insister chemin faisant surtout sur les points de séméiologie différentiels, comme nous l'avons toujours fait jusqu'à présent à propos des autres intoxications. Nous serons du reste bref sur bien des côtés de la vie pathologique que nous allons esquisser, car elle a déjà donné lieu à bien des monographies, dont nous indiquerons les principales, au cours de notre exposé.

R..., que nous avons observé à l'Infirmerie Spéciale, était âgé de trente-cinq ans environ. Lors de sa séquestration, il avait déjà subi plusieurs internements, et, toujours pour les mêmes motifs, qu'il est intéressant de rapporter.

Malgré la haute situation de sa famille et le grand nom qu'il portait, R... était en effet un habitué des *postes* de police, et du Dépôt de la préfecture, où les employés le connaissaient sous le sobriquet du *baron l'ar*..... Dans les commissariats de police on le connaissait aussi sous le surnom bien significatif de *l'homme à l'éther :* c'est qu'en effet, au point de vue particulier qui nous occupe, R... présentait un exemple des plus remarquables de la *coexistence* chez un même individu de deux intoxications : l'*alcoolisme* et

l'*éthérisme*. De plus, point que nous tenons également à signaler ici, et sur lequel nous reviendrons à la fin de notre travail, il présentait à un très haut degré les *tares physiques et mentales* de l'hérédité, de la dégénérescence.

L'*homme à l'éther* offrait d'abord tous les symptômes de l'*alcoolisme subaigu* de Lasègue, quand nous fûmes appelé à le voir. Aux tremblements très prononcés des membres inférieurs et des extrémités digitales, se joignaient des troubles psycho-sensoriels qui ne laissaient aucun doute sur leur origine. Le sommeil était agité et interrompu par des hallucinations visuelles terrifiantes caractéristiques : il voyait la nuit des bêtes qui lui passaient sur le corps ; c'était tantôt des serpents, tantôt des crapauds, voire même des lions. A ces hallucinations zoopsiques s'ajoutaient des hallucinations de la sensibilité générale *sui generis :* ses nuits étaient remplies par des cauchemars pénibles ; il sentait des insectes lui entrer dans le nez, dans la bouche, même dans l'anus. R... se réveillait en sursaut, et couvert de sueurs. Si l'on joint à cela quelques idées de persécution et quelques craintes imaginaires, on aura le tableau à peu près complet des symptômes présentés par notre malade, tableau, qui résume assez bien la symptomatologie de l'éthylisme.

Cet état dura une huitaine de jours, après quoi tout rentra dans l'ordre.

Ce qu'il y avait de particulier à noter, à ce sujet, dans l'histoire de R..., c'est que la période prodromique, qui motivait chaque séquestration, était invariablement la même.

Sous l'empire d'une impulsion violente, irrésistible, au milieu quelquefois d'une vie calme et régulière, il se livrait à des excès considérables d'alcool, et restait alors des jours entiers hors de son domicile plongé dans la débauche la plus crapuleuse. Sa famille, qui portait du reste un des premiers noms de France, savait très bien alors où il allait échouer, et où il fallait aller le chercher : l'Infirmerie Spéciale du Dépôt était en effet l'aboutissant de toutes ses pérégrinations à travers les bouges et les restaurants de nuit de la capitale.

Il présentait alors tous les symptômes du délire alcoolique, et comme nous le disions plus haut, c'est dans cet état que nous aussi nous fûmes appelé à l'examiner lors de son dernier passage à la Préfecture de police.

Voilà pour un des états d'intoxication de notre sujet. Mais les détails que nous venons de donner à l'instant (impulsions irrésistibles, à quitter

son domicile, à boire, etc.) prouvent que l'alcoolisme n'était chez R... que la conséquence d'une affection autrement grave : la *dipsomanie*, qui n'était elle-même que l'effet d'un état général, à manifestations variées, que Morel a bien mis en lumière sous le nom de dégénérescence mentale[1].

R... était donc d'abord *alcoolique et dipsomane tout à la fois*, le premier de ces états n'étant qu'un effet du second. Et c'est même à ce titre que l'observation de ce malade, publiée tant de fois, a été donnée par M. Magnan[2].

Mais, cet état général auquel nous venons de faire allusion, la dégénérescence mentale, ce vaste complexus morbide qui présente tant d'affinité avec la question des délires toxiques, comme nous le verrons, avait développé chez notre dipsomane, et concurremment avec la première, une autre passion de même nature.

Nous arrivons en effet maintenant à la seconde intoxication qui évolua et alterna chez R... avec l'éthylisme : à l'*éthéromanie*.

L'éthéromanie, et c'est le point intéressant de cette observation, se manifestait chez lui également par *crises*. De pareils faits, des impulsions à

[1] Morel. *Etude sur la dégénérescence*.

[2] Magnan. Leçons sur la dipsomanie, in *Progrès médical*, 1884.

prendre de l'éther *par intervalle, et par accès seulement,* n'ont jamais été signalés, que nous sachions. Il y avait en effet chez R... *dipsomanie véritable pour l'éther*, et quand ses attaques impulsives le prenaient, il lui fallait de l'éther *quand même*, et pour s'en procurer, comme précédemment, il quittait son domicile et vagabondait à la recherche du stimulant qui lui manquait.

C'est dans ces circonstances qu'il lui est arrivé un jour une aventure qui fut relatée dans tous les journaux du moment et fut la cause d'une de ses entrées au Dépôt. A une heure très avancée, alors qu'il était poussé par ce besoin irrésistible d'éther auquel nous faisons allusion, il se présenta chez un pharmacien qui nous a lui-même rapporté le fait, réclamant avec insolence son poison favori. Devant le refus d'obtempérer à son désir, il entra dans une violente colère qui nécessita l'intervention des gardiens de la paix. Emmené à l'Infirmerie Spéciale, il fut dirigé ensuite à l'asile de Charenton dans le service de M. Christian, qui a rapporté également son histoire[1].

Evadé de cette maison à plusieurs reprises,

[1] Christian. *Ann. médic. psych.*, septembre 1886.

il finit par aller mourir en Belgique, après avoir présenté des accès épileptiformes, d'origine toxique probable. Il y avait seize ans qu'il était éthéromane.

Telle est très résumée l'histoire de notre alcoolique éthéromane. Nous avons passé dans sa vie bien des faits intéressants, qui ne se rattachent pas à notre sujet, mais ce que nous en avons rapporté suffira amplement pour légitimer nos conclusions.

Chez R... la *passion pour l'éther*, fait extrêmement curieux, revêtait la même periodicité, la même irrésistibilité que la *dipsomanie*. Or cette particularité mérite d'autant plus d'attirer l'attention, que nous n'avons trouvé nulle part cette analogie signalée. L'impulsion irrésistible, survenant par *accès*, chez des gens quelquefois sobres dans l'intervalle des crises, n'a été décrite, que nous sachions, que pour les liqueurs alcooliques. Jamais dans les autres intoxications, et aussi bien pour l'éther que pour la morphine ou les poisons du même ordre, on n'a observé, soit dans les asiles, soit dans les hôpitaux, un état morbide pouvant être comparé à cette forme vésanique, si nette, qui n'a rien de commun avec l'alcoolisme, et qu'on appelle la *dipsomanie*.

En effet, dans l'immense majorité des cas, l'éthéromane comme le morphinomane, une fois qu'il a contracté sa funeste habitude, a au contraire fait pour ainsi dire un pacte avec sa passion. Il faut que *tous les jours* (et ce n'est pas le côté le moins curieux dans l'histoire des intoxications que nous étudions), il faut que tous les jours il absorbe une *certaine* dose de son stimulant ordinaire, s'il ne veut pas être exposé à tous les effets de l'*état de besoin* que nous avons décrit ailleurs [1].

A ce titre l'observation de R... est intéressante, car on peut le regarder comme étant réellement éthéromane, en prenant cette appellation au pied de la lettre, avec le véritable sens que la désignation finale *manie* comporte dans la terminologie de la médecine mentale, où elle implique l'idée de *périodicité* et d'*impulsion*.

L'homme à l'éther était en effet des semaines entières sans prendre d'éther, sans prendre d'al-

[1] C'est précisément pour cette raison que nous préférons, comme nous l'avons dit, les dénominations de morphinisme, d'*éthérisme*, à celle d'*éthéromanie*, de *morphinomanie*. Car la désinence, *manie*, dans la nomenclature usuelle des maladies mentales, implique généralement comme dans les appellations *dipsomanie*, *pyromanie*, *kleptomanie*, etc., etc.; l'idée d'obsession, d'impulsion irrésistible, et surtout de *périodicité*.

cool, et ce n'est que lorsque *ses accès* le prenaient, qu'il lui fallait alors absolument se procurer ses deux poisons favoris. Cette *dipsomanie pour l'éther*, qu'on nous pardonne ce néologisme qui rend bien notre pensée, est unique dans la science.

Cette double intoxication est encore intéressante à signaler en raison des considérations médico-légales qu'elle soulève. Nous serons très bref sur ce sujet, car, à ce point de vue, elle a été l'objet d'études intéressantes, de la part de MM. Legrand du Saulle[1] et Regnard[2] qui ont, aussi rapporté longuement l'histoire de R...

Nous nous contenterons ici de faire remarquer, qu'en raison précisément des caractères (impulsion, irrésistibilité) de ses deux intoxications, R..., comme dans l'observation précédente, et, à un plus haut degré encore, devait être regardé comme un irresponsable.

Cette double passion *par accès*, pour l'alcool et pour l'éther, a du reste donné lieu à plusieurs expertises judiciaires qui ont toujours conclu dans ce sens. En effet, les données cliniques que l'on possède actuellement sur les accès de dipsomanie, autorisent à exonérer les inculpés,

[1] Legrand du Saulle.

[2] Regnard. *Revue scientifique*, 1885, p. 546 et 547.

qui, sous l'influence de leurs crises dipsomaniaques, se laissent aller à commettre des actes délictueux, dans le but de satisfaire le besoin irrésistible qui les domine. Or notre malade était non seulement *dipsomane*, mais porté *par accès* à boire de l'éther[1] ; il était donc doublement excusable.

D'autant que R... joignait à cette double passion, comme nous l'avons indiqué au commencement de son observation, d'autres signes non douteux d'un état de *dégénérescence héréditaire*, qui en faisaient un véritable aliéné. C'est ainsi que, entre autres stigmates psychopathiques, notre alcoolique éthéromane présentait des aberrations génitales qui avaient provoqué plusieurs fois l'intervention de la police. Outre qu'il se livrait à une masturbation effrénée que rien ne pouvait arrêter (il nous a avoué qu'il se masturbait jusqu'à cinq et six fois par jour), il offrait cette perversion sexuelle bizarre qu'on a appelée *inversion génitale* (le *die conträre-sexual empfindung* des Allemands), et qui consiste dans la recherche des sexes opposés. R... avait de plus fait des propositions obscènes au sergent de ville qui l'avait arrêté.

[1] Notre éthéromane se distinguait encore des autres éthéromanes, en ce que, au lieu d'inhaler, il *buvait l'éther*, soit en le mêlant à d'autres liquides, soit en l'absorbant *pur*.

Et, dans les circonstances qui avaient précédé et motivé sa dernière séquestration à l'Infirmerie Spéciale, c'est à un fait de cet ordre qu'il dut d'attirer l'attention de la police. Sous l'influence d'un accès dipsomaniaque, il avait quitté son domicile depuis plusieurs jours, vivant au milieu d'excès de toutes sortes. Il fut arrêté un soir à la terrasse d'un café des boulevards, en compagnie d'un jeune homme qu'on reconnut pour être un pédéraste, et avec lequel il se promenait en voiture depuis le matin. Le cocher, qui les avait conduits et observés, donna à ce sujet des détails qui ne permettaient aucun doute sur la nature des intentions et des actes de R... touchant son compagnon.

Bien d'autres faits anormaux dans la vie de R... prouvent que notre malade était un *héréditaire* au plus haut degré. Nous n'insistons pas sur ce point, car nous dépasserions les limites que nous nous sommes tracées.

Mais nous tenons expressément à indiquer le fait en ce moment. Car nous reviendrons sur cette observation et nous nous appuierons sur elle, lorsque nous étudierons bientôt les rapports, les relations étroites qui existent entre les différentes intoxications, les différentes passions d'ordre toxique d'une part, le tempérament, au-

trement dit le *terrain* des intoxiqués, d'autre part.

Ce que nous devons dès à présent retenir au point de vue du sujet qui nous occupe, c'est que chez notre malade l'*alcoolisme* est venu à plusieurs reprises compliquer l'*éthéromanie*.

Ce que nous pouvons aussi conclure du tableau symptomatique que nous avons exposé plus haut, c'est que, à l'aide des symptômes propres à chacune d'elles, nous avons pu suivre chez R..., comparer, et différencier les deux intoxications, alors coexistantes.

Nous pouvons nous convaincre par cette seule description, que l'intoxication, que la passion pour l'éther, se rapproche plus de l'éthylisme que du morphinisme.

Nous avons vu en effet dans l'observation précédente de Mme B... combien l'éthéromanie différait de la morphinomanie. Nous avons vu chez une malade, placée d'ailleurs sous le coup de ces deux passions, quelles marques indélébiles l'empoisonnement par la morphine avait provoquées, tandis que l'éther avait laissé peu de traces de son passage. Nous avons vu surtout, au point de vue du traitement et de l'intervention, quelles racines profondes le premier de ces états avait dans l'organisme, et quelle ténacité il offre aux efforts des plus courageux; tant il est

vrai que la pratique des injections morphinées crée, au bout de quelque temps de pratique, un véritable *état de besoin*, comme on l'a dit et répété souvent.

Or, il n'en est plus de même pour l'alcoolisme. L'intoxication par l'alcool ne présente aucun des caractères de la passion morphinique, et dans ses rapports avec l'éthéromanie, elle présente, au contraire, de nombreux points de ressemblance.

Nous croyons, en effet, que de l'observation que nous venons de résumer il nous est permis de tirer les conclusions suivantes :

Conclusions.

1° L'*éthéromanie* peut coexister et alterner non seulement avec le morphinisme, mais avec l'*alcoolisme* et la *dipsomanie ;*

2° L'*alcoolisme* comme l'*éthéromanie* ne provoque pas chez l'intoxiqué l'*état de besoin* qui se manifeste si nettement chez le morphinomane privé momentanément de son poison habituel ;

3° Il y a dans ces deux intoxications, que l'on a vu coexister ou alterner chez notre malade, des symptômes physiques et psychiques qui pré-

sentent une certaine analogie. L'abus de l'*éther* comme l'abus de l'*alcool* semble amener l'affaiblissement intellectuel, prélude de la démence complète, et l'*éthéromanie* comme l'*éthylisme* paraît développer les mêmes troubles psychosensoriels (mêmes troubles de la sensibilité générale, mêmes hallucinations terrifiantes de la vue, mêmes crises nocturnes). C'est ce qui semble ressortir du moins de l'histoire des deux éthéromanes que nous venons d'étudier;

4°. Dans quelques cas extrêmement rares l'*éthéromanie* peut revêtir les mêmes caractères que la *dipsomanie :* même périodicité, même irrésistibilité dans les *accès*, même sobriété dans l'intervalle des crises. — Autrement dit, il peut exister une *dipsomanie pour l'éther* comme il existe une *dipsomanie pour l'alcool* [1]. — Au point de vue médico-légal, dans cette dipsomanie d'un nouveau genre, contrairement aux conclusions que nous avons posées pour la passion de l'éther ordinaire, qui, à elle seule, n'exonère en aucune façon un inculpé, il est évident qu'on doit assimiler complètement les actes délictueux aux délits du dipsomane vrai. Ce qui revient à dire,

[1] Cette expression de *dipsomanie pour l'alcool* est un pléonasme que nous sommes forcé d'employer pour exprimer notre pensée. G. P.

qu'il doit y avoir irresponsabilité complète quand le fait incriminé a été commis dans le but prouvé de se procurer de l'éther. — Nous rapprocherions ainsi volontiers, dans une expertise judiciaire, les actes du dipsomane pour l'éther, comme du reste ceux du dipsomane classique, des délits commis par le morphinomane *en état de besoin*, quand ceux-ci sont commis dans le but immédiat de se procurer de la morphine. — Nous ajouterions même, pour résumer d'un mot la question médico-légale des états toxiques aigus en général, qu'on ne doit guère admettre d'irresponsabilité entière que dans ces trois conditions bien nettement déterminées.

§ III

CHLORALISME ET MORPHINISME. — LEUR ASSOCIATION CHEZ LE MÊME MALADE

Quand, vers 1875, on apprit, par les premiers travaux qui parurent sur le sujet[1], qu'il existait une affection bizarre que Fiedler désignait sous le nom de *morphinomanie* (1874), on était loin de penser

[1] Lœhr, *in Psychiat. Verein.* Berlin, 15 juin 1871. Martin, *Philod. med. Times* 1874 *Mattison* d° et surtout Fiedler, qui le premier donna à la maladie le nom de *morphinomanie* (morphiumsucht). Chouppe, *Gaz. méd.* 1874-71 *in deutsch Leitschr f. prakt. médicin* 1874, sont les premiers auteurs qui signalent en effet la passion pour la morphine. Les travaux de Levinstein ne commencent qu'en septembre 1875.

que cette triste passion pour la morphine devait être le prélude d'une série d'états toxiques, dont beaucoup puisaient leur origine en dehors de l'intervention médicale ou thérapeutique.

C'est qu'en effet, à la base de toutes ces intoxications, de tous ces appétits bizarres, il y a autre chose que l'agent toxique, et ce *quelque chose,* c'est l'*état mental* de l'intoxiqué lui-même. Autrement dit, ce qui contribue de nos jours au développement de tous ces délires toxiques, ce qui explique leur tendance à se multiplier dans une proportion effrayante, c'est que les terrains favorables à leur éclosion se multiplient aussi dans des proportions également redoutables.

Telle est, selon nous, l'explication de l'accroissement considérable non seulement de ces passions maladives, mais de leurs formes; à un tel point que leur énumération, à elle seule, exigerait de longs développements. Et, dans une étude complète de tous ces états, à laquelle nous avions songé un moment, nous avons été arrêté dès le début, car, en consultant la littérature étrangère, nous nous sommes convaincu que leur nombre s'accroît toujours.

Et une preuve qu'il y a dans le développement et surtout dans la multiplicité de ces passions toxiques autre chose que l'agent d'intoxication,

c'est que, longtemps dues à une intervention thérapeutique intempestive, bien souvent actuellement, cette origine ne peut être invoquée, et le seul coupable est alors l'intoxiqué lui-même, sans que cette fois le médecin puisse être incriminé en quoi que ce soit. L'étiologie *par euphorie* est même arrivée, dans certains milieux sociaux, où la morphinomanie, par exemple, sévit avec fureur, à être l'origine exclusive du mal.

Je sais bien que, dans ces conditions, dans les différents cas où ces passions n'ont pas une origine médicale, on a incriminé et avec juste raison l'influence pernicieuse de l'exemple, le désir de s'étourdir, de chercher un stimulant qui manque, etc., etc. Toutes ces causes qu'on a données sont réelles, et doivent évidemment entrer en ligne de compte, et loin de nous l'intention de nous inscrire en faux contre les nombreuses observations de nos devanciers à ce sujet.

Mais nous croyons qu'au-dessus de tout cela, en dehors de l'origine *thérapeutique* et *euphoristique*, en dehors de toutes les causes rapportées par les auteurs, nous pensons qu'il y a le plus souvent un grand facteur, qui domine toute la question pathogénique des intoxications et de tous les états toxiques quels qu'ils soient, et auquel ressortissent du reste la plupart des autres

éléments étiologiques : ce facteur, c'est l'état mental *spécial* du sujet.

Nous définirons et nous développerons plus loin dans un chapitre spécial les caractères, la nature de l'état en question et le *modus faciendi* de l'invasion.

Pour l'instant, nous devons nous contenter d'indiquer sommairement les raisons qui expliquent la multiplicité toujours croissante des passions toxiques. Et le *chloralisme* qui va maintenant nous occuper n'échappe pas à ces causes.

Cette affection, qui offre de nombreux points de ressemblance avec le morphinisme, était en effet absolument inconnue il y a seulement quelques années. On avait bien signalé des empoisonnements aigus, des empoisonnements chroniques même, mais qui n'avaient aucun des caractères du chloralisme tel qu'on l'a décrit depuis chez quelques rares malades.

En effet, pour qu'il y ait intoxication, au sens propre que nous donnons ici à ce mot, il faut qu'il y ait de la part du sujet, impulsion *contractée par l'habitude, et l'abus* à recourir quotidiennement à des doses progressivement croissantes de l'agent toxique.

La caractéristique surtout de l'intoxication,

telle que nous la comprenons, c'est l'*état de besoin*, provoquée par la privation, par le manque de l'agent en question.

C'est bien là le cachet des états que nous décrivons : sans *état de besoin* il n'y a pas *délire* toxique, il n'y a pas tout au moins intoxication.

Si ces facteurs manquent, on n'a plus à faire qu'à un *empoisonnement* vulgaire, qui n'a rien de commun avec les états que nous décrivons. C'est là un point sur lequel nous tenons beaucoup à insister, et, sur lequel nous insistons toujours dans notre service, pour bien montrer la différence qu'il y a, entre des affections bien véritablement *mentales,* et des états purement physiques, qui ne sont plus de notre ressort, et dont la symptomatologie est du reste depuis longtemps fixée.

Aussi tenons-nous dès maintenant à bien fixer les deux grands caractères différentiels qui séparent dans l'espèce, le *chloralisme* — c'est chloralomanie que nous devrions dire pour mieux rendre la signification clinique de la maladie — de l'empoisonnement simple par le chloral, aigu ou chronique, qui ne ressemble nullement à la *passion pour le chloral.*

Le chloralisme, tel que nous le comprenons ici, est la passion qui pousse certains sujets à abuser du chloral, comme d'autres abusent de la morphine.

Ainsi comprise, elle est une affection bien peu commune. Les malades qui sont placés sous le coup de ce nouvel état toxique, comme les morphinomanes, comme les éthéromanes, lorsqu'ils sont entrés dans la maladie, lorsqu'ils ont contracté leur funeste habitude, ne peuvent plus se passer de leur stimulant ordinaire, sans s'exposer à des souffrances réelles, à des accidents véritables.

De plus, l'individu adonné au chloral est forcé, pour retrouver toujours la même stimulation factice, de recourir à des doses *progressivement croissantes*. Car cette *progression* dans les doses est un caractère différentiel très important qui est, pour ainsi dire, le cachet des états toxiques qui nous occupent en ce moment, et qui les distingue d'autres intoxications, comme l'alcoolisme, l'absinthisme, avec lesquelles elle établit une barrière très nette. C'est aussi ce même symptôme qui entraîne la gravité du pronostic en pareil cas, et produit en si peu de temps quelquefois la cachexie morphinique, chloralique, etc.

Nous devons à la vérité de dire que cette progression dans les doses ne suit pas, à beaucoup près, dans le chloralisme, des proportions aussi fortes que dans le morphinisme.

Quoi qu'il en soit de ses analogies avec le morphinisme, le chloralisme présente des considérations intéressantes dans ses rapports avec les intoxications et les passions toxiques en général, et mérite à ce titre d'arrêter notre attention.

Cette maladie, née d'hier et qui présente, comme nous le disions, de nombreux points de contact avec les deux passions que nous venons d'étudier, le morphinisme et l'éthérisme, est heureusement une rareté clinique ; et les quelques cas que l'on peut trouver dans les auteurs ont presque tous, pour origine exclusive, l'intervention thérapeutique, contrairement aux deux affections précitées sur l'origine euphoristique desquelles nous avons longuement insisté.

Nous avons cependant eu l'occasion de pouvoir étudier à loisir trois faits d'intoxication chronique par le chloral qui avaient revêtu dans l'espèce absolument les caractères de véritables *passions chloraliques*.

De plus, chez les trois malades que nous avons observés, la passion pour le chloral n'était pas isolée, et s'associait par suite d'un hasard clinique dans les trois cas à une morphinomanie rebelle.

Ces trois observations, grâce à cette coexistence, rentrent donc absolument dans le cadre de notre étude, et présentent dès lors, au point

de vue de l'exposé et de la discussion de la séméiologie différentielle, d'incontestables avantages.

Nous avons vu en effet dans les chapitres qui ont précédé, que c'est précisément pour éviter des développements interminables que nous avons été guidé dans le choix de notre sujet : en ne prenant parmi les intoxiqués que nous avons pu observer que les observations dans lesquelles plusieurs états toxiques coexistaient chez le même individu, nous sommes arrivé certainement à réduire l'histoire des délires toxiques à leurs plus justes proportions. Mais, nous avons surtout voulu éviter des répétitions qui n'auraient pas manqué de se produire, si nous avions voulu décrire séparément tous ces états toxiques. La concision a certainement gagné à notre manière de faire, sans préjudice cependant, nous le pensons du moins, pour la vérité clinique.

Nous avons été servi à souhait, nous devons le dire, par les hasards de la clinique, qui ont livré à notre observation, dans l'espace de deux années, une série de faits concluants au point de vue des délires toxiques multiples.

C'est ainsi que les trois seules observations de passion pour le chloral qu'il nous a été donné d'étudier dans notre service se rapportent à des *chloraliques*, qui par surcroît étaient des *mor-*

phinomanes avérés, circonstance très favorable pour notre étude.

Les observations de ce genre nous évitent en effet la nécessité de recueillir d'autres faits et de les opposer aux premiers. Et, en mettant ainsi dans une vue d'ensemble pour ainsi dire tous les éléments d'un diagnostic différentiel, cette sorte d'exposé synthétique, loin de nuire en aucune façon à la valeur des conclusions, leur donne plus de netteté et plus de force.

Nous allons donc, selon la manière de procéder que nous avons adoptée jusqu'ici, donner maintenant l'histoire de nos deux chloraliques, en les accompagnant, au fur et à mesure, de la discussion des considérations qu'elles comportent, et en les faisant suivre d'un résumé diagnostic, comme précédemment.

I. — *Chloralisme et morphinomanie alternant, puis coexistant chez le même individu. — Déséquilibration mentale concomitante.* — N..., trente-deux ans, a toujours été très sobre de renseignements ; mais il est permis d'attribuer son état toxique à des causes thérapeutiques et morales tout à la fois. Il en est arrivé à se pratiquer journel-

lement de nombreuses injections hypodermiques de morphine.

(Nous regrettons que, faute de renseigenments qu'il nous a été impossible de nous procurer, cette observation, sous bien des faces, reste forcément incomplète.)

C'est ainsi que nous n'avons pas pu savoir au juste, ce malade appartenant à la clientèle privée, à quelle dose journalière de morphine il était arrivé, mais il nous est néanmoins permis de penser que cette dose atteignait un chiffre assez élevé et qu'il se pratiquait des injections assez régulièrement *trois* fois par jour, comme beaucoup de morphinomanes du reste.

Les effets de l'intoxication morphinique se manifestèrent surtout chez lui du côté des fonctions de nutrition. En quelques mois, bien que doué autrefois d'un moyen embonpoint, il était devenu d'une maigreur extrême qui frappait tout d'abord les yeux lorsqu'on l'observait ; de plus, les pommettes saillantes se couvraient de temps à autre de ces plaques violacées, que nous avons retrouvées chez plusieurs autres morphinomanes, et auxquelles nous accordons une certaine valeur diagnostique. On les remarque au moment où le morphinique est dans l'attente de sa piqûre habituelle, ce qui arrive surtout lorsque pour des

raisons de convenance, de bienséance, ou pour tout autre motif, il est moralement forcé d'ajourner ses injections, et d'attendre. D'autre part, des diarrhées, quelquefois très tenaces, signe important également, et qu'on retrouve assez souvent chez d'autres intoxiqués, accompagnaient chez lui le moindre retard dans les piqûres.

Nous ne devons pas non plus omettre, dans cet ordre d'idées, dans les troubles de la nutrition générale, quelques troubles digestifs; mais par-dessus tout, nous devons noter un signe précieux non seulement parce qu'on le retrouve chez beaucoup de morphinomanes, mais surtout précisément parce qu'il dénote une intoxication de longue date, je veux parler d'une fétidité de l'haleine extrêmement prononcée, dont les causes précises nous échappent.

Tels sont les troubles somatiques les plus saillants, dus à l'influence prolongée de la morphine chez notre malade.

Mais dans l'ordre psychique cette longue intoxication avait aussi imprimé son sceau indélébile. Non pas, ce qui est rare du reste, que N... présenta des hallucinations et de véritables conceptions délirantes, mais son état mental avait subi un changement notable.

On sait, en effet, combien le véritable délire

est rare en pareil cas, ce qui établira toujours un caractère différentiel de la plus haute importance entre le morphinisme et l'alcoolisme, quelle que soit la variété.

L'alcoolisme subaigu, par exemple, peut très bien, dans l'espèce, servir de point de comparaison ; d'autant que, de tous les délires provoqués par l'alcool, cette variété, décrite par Lasègue, est incontestablement (du moins dans les services qui, par suite des règlements, sont appelés à posséder les aliénés au début de leur séquestration, comme l'Admission et la Clinique), la forme de beaucoup la plus fréquente.

J'ajouterai qu'elle est une forme nette, ayant un cadre et des limites précises.

Or l'alcoolisme subaigu a tous les caractères de la folie, telle qu'on doit la comprendre : hallucinations et conceptions délirantes variées.

Le morphinisme, au contraire, au point de vue psycho-sensoriel, ne présente que des phénomènes négatifs ; c'est tout au plus si on y trouve des crises nocturnes, qui ont quelque ressemblance avec les cauchemars et les hallucinations de l'alcoolisme.

Est-ce dire qu'au point de vue mental, le morphinisme, la morphinomanie, ne présente rien de spécial ?

Evidemment non, car l'état mental des morphinomanes présente au contraire des caractères intéressants et bien spéciaux.

Seulement on a le tort, surtout dans la médecine extra-aliéniste, de confondre ces deux états si différents, aussi différents, que la température et le pouls, en clinique ordinaire :

L'*état mental* et l'*état délirant*.

C'est parce qu'on a confondu ces deux ordres de symptômes, qu'on a apporté la plus grande confusion dans la discussion, dont nous nous sommes occupé ailleurs[1], qui portait sur la question de savoir si, oui ou non, la morphinomanie était une psychose, était une folie.

Or, la question ramenée à ces termes est fort simple. La morphinomanie n'est pas une affection délirante, ce n'est pas une folie, comparable par exemple à l'alcoolisme, qu'on peut appeler folie alcoolique, délire alcoolique, tandis qu'on ne pourrait jamais employer, dans cet ordre d'idées, les termes de folie morphinique. Et cela, pour les raisons que nous venons de passer en revue, parce qu'il est impossible d'y trouver des caractères assignés au délire, à la folie, c'est-à-dire des troubles psycho-sensoriels, hallucinations et

[1] Mémoire cité.

conceptions délirantes diverses ; c'est là, du reste, un rapprochement intéressant et instructif que nous avons fait lorsque nous avons traité, quelques pages plus haut, la coexistence des intoxications morphinique et alcoolique chez le même malade.

Examinée dans ce sens, on le voit, cette question de savoir si la morphinomanie est oui ou non, une psychose devient très claire. Elle est ramenée à une simple question de définition : Les termes *psychose, délire* et *folie* ainsi définis, exigent donc des caractères précis, qui, nous l'avons démontré, manquent chez l'individu intoxiqué chroniquement par la morphine, et ne peuvent dès lors convenir à cette intoxication.

Reste l'état mental. Y a-t-il dans le morphinisme un état mental spécial ? La pratique longtemps continuée des injections morphiniques imprime-t-elle une modification quelconque aux facultés mentales et au fonctionnement de ces facultés ? Nous ne craignons pas ici, en nous appuyant sur des observations cliniques nombreuses, d'affirmer, que s'il n'y a pas de délire morphinique, de folie morphinique, en prenant les expressions délire et folie au pied de la lettre, il y a dans l'intoxication chronique un état mental spécial. Il y a dans l'empoisonnement chro-

nique par la morphine un trouble des facultés mentales, une modification des facultés morales et affectives, un affaiblissement de toutes les facultés en général, qui justifient pleinement les dénominations généralement acceptées de morphinisme, de morphinomanie, avec les réserves toutefois que nous avons émises à ce sujet.

Il y a chez les morphiniques des modifications de l'état mental, pour résumer d'un mot cette digression, qui justifient pleinement chez eux, bien qu'il n'y ait pas de folie, bien qu'il n'y ait pas de délire à proprement parler, qui justifient pleinement leur admission dans un asile d'aliénés ; il y a chez eux, dans le domaine des différentes facultés mentales, des troubles suffisants pour donner raison aux auteurs, qui, comme nous, rangent franchement le morphinisme parmi les affections que l'on doit étudier quand on étudie l'aliénation mentale.

Je demande pardon de tant insister sur cette question si discutée, de savoir s'il y a, ou non, dans la morphinomanie, un état mental délirant, s'il y a, ou non, dans la morphinomanie un état mental spécial.

Si j'insiste tant sur ce point, c'est qu'il y a ici autre chose qu'une question de doctrine ; en effet, sous la question de doctrine se cache,

comme nous allons le voir, une question de pratique de la plus haute importance, toute nouvelle et non prévue par l'ancienne, ni même par la nouvelle loi ; je veux parler de l'intervention dans le traitement des morphinisés.

Peut-on, doit-on interner cette catégorie de malades dans un asile d'aliénés ?

Et c'est peut-être là, dans toute l'étude clinique et médico-légale du morphinisme, le point pratique le plus important, sur lequel tout médecin pratiquant quel qu'il soit peut être appelé à statuer. On nous excusera donc de chercher à éclaircir ce point toutes les fois que l'occasion se présentera[1].

Or, l'observation de N..., croyons-nous, autorise précisément tout à fait cette digression comme nous allons le voir tout à l'heure.

Tous les troubles de l'état mental, chez ces malades, qu'ils consistent en affaiblissement simplement, ou en perversion des facultés, nous autorisent à regarder cette affection comme une *maladie de l'esprit,* comme une maladie mentale en un mot, au même titre que l'alcoolisme. Ceci est une réponse à Erlenmayer, qui, à propos d'un

[1] Au moment où nous écrivions ces lignes le projet de la nouvelle loi était encore en discussion au Sénat ; depuis, la Chambre haute, dans un article additionnel (art. 16), a prévu ces placements auxquels nous faisions allusion.

article paru dans *l'Encéphale*, et dans lequel nous préconisions hautement l'admission des morphinomanes dans un asile d'aliénés, pour les raisons précédentes, et pour des *raisons de salut*, nous prenait fortement à partie, en nous reprochant ces conclusions[1]. Je n'entrerai pas ici plus avant dans cette discussion si importante, et dans la justification de cette manière de voir. J'ai montré ailleurs, dans ce mémoire même, en répondant aux arguments du médecin allemand, que le morphinomane, en raison d'un état mental spécial, que je n'ai pas à décrire ici, mais que caractérisent surtout des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine, doit être regardé comme étant du ressort de l'aliénation mentale.

J'ai montré ailleurs, qu'à ce titre, les morphinomanes non seulement pouvaient être, mais devaient être internés. Je m'appuyais surtout, étant, en cela, en opposition avec un grand nombre de médecins, en demandant la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés, sur l'intérêt direct du malade. En effet, j'ai prouvé alors que l'internement dans un asile d'aliénés, loin d'être une mesure arbitraire, comme on essaye

[1] G. Pichon. *Morphinomanie* (Mai 1886. *Encéphale*). — Erlenmeyer. (*Encephale*, 1886.) Réponse à l'article précédent.

de le démontrer, est, au contraire, une mesure essentiellement humanitaire.

J'irai même plus loin dans la justification de cette intervention : elle est la *seule* qui soit indiquée.

En effet les morphiniques abandonnés à eux-mêmes pour leur traitement, traités chez eux, que le traitement employé soit la suppression progressive ou brusque, sont *irrémédiablement* condamnés à échouer, quelle que soit leur bonne volonté ; les observations cliniques sont là pour nous donner raison. Or, les sept morphinomanes qui, depuis le mois de janvier 1887, pour ne parler que d'une série que nous avons plus spécialement observée, car antérieurement on pourrait relever de nombreux exemples de guérisons, sont entrés à la Clinique de la Faculté, à l'asile des aliénés de Sainte-Anne, sont tous sortis guéris [1]. Le moins atteint avait à son actif sept ans d'intoxication ; et, *tous*, quelques mois après le commencement de leur intoxication, sans en excepter un seul, avaient essayé, soit

[1] J'omets naturellement dans cette statistique, une ataxique tabétique, avec troubles mentaux et douleurs fulgurantes d'une violence inouïes, que nous avons eue à la Clinique.

Car loin d'essayer de la guérir de son morphinisme, nous avons au contraire, entretenu chez elle cette maladie : Dans les cas de ce genre, c'est l'indication à suivre.

chez eux, soit dans les hôpitaux, à des reprises multipliées, une cure, que le défaut de surveillance avait toujours empêché d'aboutir.

Trois d'entre eux, même, dont nous avons du reste, dans une autre partie de ce travail, raconté l'histoire, avaient essayé, à plusieurs reprises, pendant plus de dix ans, un traitement que le manque d'énergie, aidé puissamment par l'insuffisance des moyens de contrôle, avait fait échouer. Tous les hôpitaux de Paris avaient été mis à contribution, et cela inutilement. Et cependant, ces morphiniques, grâce à la surveillance rigoureuse que l'on trouve dans un asile d'aliénés, et que l'on ne trouve que là, étaient sortis de la Clinique complètement guéris, après un traitement que nous avons longuement décrit.

On le voit, il y a, d'une part, dans les considérations qui démontrent clairement que le morphinomane a un état mental spécial, et, d'autre part, dans les résultats de guérison complète obtenus chez des sujets irrémédiablement condamnés à la démence et à la mort, *sans ce mode d'intervention,* sans la séquestration, il y a une indication formelle.

Il y a dans tout cela des raisons suffisantes, des arguments de haute valeur, qui défendent notre manière de voir, qui légitiment l'unique

mesure qu'on doive proposer quand on est consulté au sujet d'un morphinomane.

Ce mode d'intervention, *c'est la séquestration dans un asile d'aliénés.*

Aux risques d'être en désaccord, ici, avec quelques aliénistes, comme notre opinion est faite et bien faite touchant ce point délicat, nous affirmons hautement, après avoir longuement réfléchi, après avoir consciencieusement pesé le *pour* et le *contre,* après avoir surtout observé personnellement un grand nombre de résultats positifs, nous affirmons non seulement que le médecin consulté a le pouvoir, mais qu'il a le devoir, de faire interner un morphinisé.

Et, pour ce faire, il devra vaincre les préjugés qui ont cours maintenant plus que jamais, et qui font passer ces internements comme des mesures arbitraires, vexatoires et attentatoires à la liberté individuelle. Pour ce faire, il devra même assez souvent, il faut bien le dire, lutter contre le mauvais vouloir des autorités administratives. Celles-ci, se retranchant derrière des articles de règlement, se montrent, en effet, franchement hostiles à l'admission des morphinomanes dans les asiles d'aliénés.

Quand nous parlerons du traitement, nous reviendrons alors précisément sur les rapports des

règlements administratifs, et les admissions de morphinomanes dans les asiles, mais cela nous entraînerait trop loin en ce moment.

En résumé, le médecin consulté pour le traitement d'un morphinisé, devra se pénétrer de cette vérité que, *dans l'asile seulement, la guérison peut être obtenue,* et que, dès lors, tout doit céder devant l'intérêt si direct du malade.

Cette digression trop longue était nécessaire.

Revenons à notre malade N... Nous sommes arrivé par une association d'idées successives, à montrer, qu'en raison de son état mental, qu'en raison des bons résultats de la séquestration, il y a tout lieu d'assimiler le morphinisme aux autres maladies mentales.

Or, chez N... nous trouvons précisément les caractères spéciaux de cet état mental qui fait que le morphinomane, sans avoir l'état délirant des vésaniques, ou même de certains autres intoxiqués, comme l'alcoolique et l'absinthique, n'en doit pas moins être rangé parmi les anormaux et les malades de l'esprit ; chez N... nous trouvons cet état mental, qui autorise les aliénistes à revendiquer le morphinisme, comme ayant sa place marquée dans l'étude de l'aliénation mentale.

Sans avoir jamais présenté un naturel très

gai. N... n'avait jamais cependant montré un caractère violent.

Or, depuis qu'il subissait l'influence de l'intoxication morphinique, il montrait par intervalle des accès de colère, dont la violence quasi pathologique effrayait son entourage.

Il interpellait alors violemment et prenait à parti des gens qui ne s'occupaient pas de lui, brisant ce qui lui tombait sous la main pour satisfaire sa rage.

Mais ces crises de fureur, d'ailleurs assez rares, n'étaient pas ce qui caractérisait surtout l'état mental de N...

Il était devenu peu à peu apathique, ne s'intéressant plus du tout à ce qui se passait autour de lui, pas même à ses propres affaires. Incapable également de tout travail, dès qu'il n'était plus sous l'influence immédiate de son poison, une torpeur invincible s'emparait de tout son être, et lui enlevait toute énergie.

C'est surtout le matin, que selon la règle, du reste, se manifestait cette paresse vraiment pathologique. Il était comme cloué à son lit et rien alors ne pouvait l'en tirer, pas même le travail le plus pressé, les affaires les plus urgentes. Et lui, qui naguère se montrait très actif dès le début de la journée, il était alors absolument

désarmé contre cette tendance à la somnolence, contre cette inertie terrible dont il avait bien conscience. N... restait quelque temps dans cet état de torpeur, jusqu'au moment de sa piqûre.

C'est alors que venait l'heure de la première piqûre de la journée, la piqûre du matin. L'absorption d'une certaine dose de morphine lui donnait pour quelques instants la force et l'énergie factice qui lui manquaient.

Cette difficulté que notre morphinomane éprouvait à sortir du lit se retrouve chez la plupart d'entre eux; ils ont la tête lourde, et il semble au réveil, comme nous disait un malade : « Que leur tête et leurs membres sont en plomb. »

Cette torpeur se faisait ressentir également du côté des facultés intellectuelles. Appelé de par ses occupations, de par sa situation, à travailler et à écrire un certain nombre d'heures dans la journée, la fatigue s'emparait aussitôt de lui, dès qu'il se mettait à son bureau, dès qu'il prenait la plume pour écrire. Et c'est tout au plus, si pendant les quelques instants qui suivaient immédiatement la piqûre, il était capable d'un certain effort, de quelque travail; il retombait bientôt malgré lui dans cette défaillance invincible si caractéristique qui envahit le morphinique dès qu'il n'est plus *en puissance ;* et ses amis, ses

collègues n'avaient pas tardé à s'apercevoir de cet état et à en découvrir la source.

Cette inertie n'avait pas tardé non plus à englober chez N... toutes les facultés mentales. Nous avons vu qu'au point de vue intellectuel, qu'au point de vue de la mémoire, de la volonté tout pouvait chez lui se résumer en un seul mot : impuissance.

Nous avons vu qu'au point de vue moral l'inertie était aussi la note dominante. Au point de vue affectif, il était survenu chez lui une grande indifférence dans les relations, dans les affections, dans les amitiés; plus aucune tendresse pour ses parents qu'il considérait comme des étrangers; et ses relations d'amitié avaient depuis longtemps cessé. Vivant seul et retiré, ne voyant plus personne, il recherchait la solitude, et à un tel point que sa porte était rigoureusement fermée à tout le monde.

Quand par hasard, ou plutôt par surprise, il arrivait de pouvoir franchir le seuil de son appartement, rigoureusement consigné du reste, on était étonné de la quantité de flacons qui frappaient les regards, disposés régulièrement autour d'une balance; car le morphinomane aime peser sa morphine, et faire lui-même ses solutions, pour être plus sûr de ne pas être trompé.

Devant un pareil tableau, les derniers doutes qu'on pouvait avoir sur les causes de tout le changement survenu chez N... disparaissaient alors : on était bien en face d'un morphinomane, et d'un morphinomane endurci.

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur la description de cet état mental de N..., qui reflète si bien l'état mental propre à tous les morphinomanes, et qu'on peut très bien résumer en ces quelques mots : inertie invincible de toutes les facultés mentales, inertie intellectuelle, morale et affective, qui rend ces malheureux incapables de vivre de la vie commune.

Il y a donc dans un pareil état mental des caractères suffisants, pour faire regarder les morphinomanes comme des anormaux, comme des gens incapables de se diriger.

Maintenant, si l'on songe, d'autre part, qu'à cet état mental s'ajoutent des impulsions irrésistibles à prendre de la morphine *quand même*, si l'on songe encore qu'à cet empoisonnement chronique, qui mène fatalement à la démence et à la mort, il y a une chance de salut, l'*internement*, on sera convaincu que la séquestration des morphinomanes dans un asile d'aliénés est une mesure légitime, nécessaire. Nous avons de plus prouvé qu'elle n'a rien d'arbitraire.

Mais revenons à N..., et voyons chez lui le chloralisme naître, alterner, puis évoluer simultanément avec le morphinisme.

Il y avait un an environ que N... avait contracté sa funeste passion pour la morphine, et qu'il en subissait les conséquences désastreuses lorsqu'il fut pris de douleurs de dents et de douleurs articulaires. Comme il était facile de le prévoir, les injections de morphine auxquelles il était habitué depuis longtemps ne le calmèrent pas.

On peut dire que c'est là une règle générale et qui livre les malheureux morphinomanes sans défense à l'élément *douleur*. La morphine, cet analgésique sans pareil, et qu'on ne peut remplacer à ce titre, n'a plus aucune action sur un organisme qui en est saturé.

Notre malade, dans cette occurrence, eut alors recours à un autre calmant, le *chloral*, sans cesser pour cela les injections de morphine. Il en prit d'abord 2 grammes, et arriva jusqu'à 5 grammes, dose qui ne fut guère dépassée.

Les douleurs, qui avaient motivé chez lui les injections de chloral, disparurent, mais, comme

on pouvait le prévoir de la part d'un individu aussi névropathe que N..., les habitudes de prendre quotidiennement du chloral ne cessèrent pas.

D'abord, dans les premiers temps de cette nouvelle intoxication, comme cela lui était arrivé pour la morphine, il pouvait s'en passer pendant quelques jours, mais, peu à peu, cette nouvelle passion devint aussi tenace que la première.

A des heures fixes, il absorbait une quantité donnée de chloral; et, quandpar hasard, cette dose lui manquait, il se trouvait alors visiblement anxieux comme je le disais plus haut, bien que cette privation ne fût pas accusée chez lui, à beaucoup près, par la même souffrance que l'*abstinence morphinique,* lorsqu'il ne pouvait pas ingérer son stimulant habituel.

Il lui avait fallu à peine un mois pour arriver à contracter cette nouvelle intoxication : au bout d'un mois il était véritablement *chloralique.*

Le chloralisme se manifeste chez lui surtout par des *troubles digestifs très prononcés,* qu'il fut facile d'attribuer au chloral, d'abord à cause de leur époque d'apparition, mais surtout à cause de leurs caractères. Ils ne disparurent pas après un mois d'empoisonnement, et donnèrent lieu

à des *vomissements*, remarquables surtout par les douleurs qui les accompagnèrent.

A ces vomissements se joignait une douleur épigastrique violente, accompagnée de pyrosis. A plusieurs reprises se montra également, chez lui, une diarrhée, qui, coïncidant avec l'ingestion du chloral, pouvait être mise sur le compte, au moins en partie, de cette nouvelle intoxication.

Tels furent, chez lui, les seuls troubles physiques, qu'il fut possible d'attribuer avec certitude à cette nouvelle passion.

Bien d'autres phénomènes somatiques se montrèrent sur lesquels nous n'insistons pas parce qu'ils peuvent, avec plus de raison, être mis sur le compte de l'intoxication coexistante, le morphinisme.

Quant aux phénomènes d'ordre purement cérébral, observés chez N..., nous ne craignons pas de dire que l'ingestion chloralique y est, dans ce cas du moins, étrangère, et c'est là un point important à noter.

L'observation de N... nous permet en effet d'avancer, avec beaucoup de probabilité, que l'intoxication chloralique chronique, au point de vue de l'action sur les centres cérébraux, n'est pas absolument comparable à l'empoisonnement chro-

nique par la morphine. Car c'est un point que la double existence des deux intoxications chez un même malade, à l'avantage des cas isolés, fait bien ressortir. Dans les cas de ce genre, le terrain restant le même, il est loisible de comparer les effets, et absolument légitime alors de tirer des conclusions.

Or, dans l'espèce, les habitudes chloraliques n'entraînèrent aucun accident cérébral nouveau chez notre morphinique.

Il nous est donc permis de conclure, tout au moins, de l'étude du cas particulier, que l'usage longtemps continué du chloral n'engendra ici, comme on pouvait s'y attendre, aucun trouble psycho-sensoriel, ne provoqua aucune conception délirante. Et c'est là un point de diagnostic différentiel, avec le morphinisme, avec l'alcoolisme, de la plus haute importance. Ces deux empoisonnements, on l'a vu, tiennent sous leur dépendance des désordres cérébraux indéniables, consistant, pour l'*alcoolisme*, en un véritable état délirant avec phénomènes psycho-sensoriels variés, hallucinations, etc., et en une véritable modification de l'état mental, sur laquelle nous avons longuement insisté, pour *le vice morphinique*.

C'est là un point de la plus haute importance qu'il importait de rechercher, puisque nous avions chez N... un sujet placé dans d'excellentes conditions d'observation. Or, nous l'avons vu, à ce point de vue, touchant l'état délirant, touchant l'état mental qu'aurait pu provoquer une longue intoxication par le chloral, notre examen a été absolument négatif. Et cette conclusion, je le répète, a de la valeur, si l'on songe que dans un fait de cette espèce (coexistence), il n'y a pas, pour l'infirmer, à invoquer la question de terrain et de personne.

On pourrait nous dire, en effet, que notre malade ne présentait pas, pour le développement d'accidents cérébraux, un milieu favorable à l'influence du chloral.

Or à cela, on le conçoit, dans l'espèce, notre réponse ne souffre pas de réplique : notre malade s'est livré à des abus morphiniques, il en a subi les malheureux effets, et parmi eux des troubles d'ordre cérébral. C'est donc qu'il offrait un milieu propice au développement des effets toxiques. Il a fait, plus tard, des abus journaliers de chloral, et au point de vue cérébral il n'a rien présenté.

Cette expérience, faite par la clinique, véritable expérience de laboratoire, a donc ici une incontestable valeur.

C'est une expérimentation *in anima vili*, pour laquelle évidemment on ne peut plus apporter le grave argument de la différence de réaction des tempéraments, puisque, pour les deux agents employés, le chloral et la morphine, le sujet est le même.

Nous avons donc le droit, en nous appuyant sur l'observation de N..., de déclarer que le chloralisme, à l'inverse des intoxications chroniques, telles que l'alcoolisme, l'absinthisme, le morphinisme, ne produit pas de troubles cérébraux graves, quelle qu'en soit la nature.

Il est bien entendu que nous ne considérons ici que le chloral employé chroniquement, le *chloralisme* en un mot ou *passion pour le chloral,* et non l'empoisonnement par ce médicament et l'intoxication aiguë.

J'ai insisté ici, une fois de plus, sur cette question de terrain unique, sur l'importance que prennent tout de suite des observations, dans lesquelles, le milieu ne change pas, et les maladies, les intoxications, changent seulement.

On conçoit, sans qu'il soit nécessaire de l'expliquer, l'importance et la légitimité des conclusions que l'on tire de pareilles observations. Or c'est précisément des renseignements, des observations et des conclusions de cette valeur que

donne l'étude de la coexistence de plusieurs intoxications chez le même individu. On comprend, dès lors, que l'étude de pareils faits ne soit pas un simple exposé de faits cliniques, mais bien une étude qui permette, en les comparant *chez un même individu*, d'avoir des notions beaucoup plus exactes, beaucoup plus vraies, des différentes intoxications.

On comprend qu'une étude faite dans ces conditions doive aboutir à des conclusions beaucoup plus serrées, beaucoup plus légitimes, que lorsqu'elle repose, comme cela a lieu dans l'immense majorité des cas, sur des faits ayant trait à des sujets différents. Car on sait, et cet argument, bien que trop souvent mis en avant, a une réelle valeur, que chaque organisme réagit à sa manière, que dès lors, *les effets de telle et telle maladie, et, dans l'espèce, de telle et telle intoxication, ne sont pas comparables entre eux.*

Avec la question des coexistences, cet argument, qui a sa valeur, il faut bien le déclarer, n'existe plus.

C'est, nous le répétons, cette considération, qui rend cette question des délires et des intoxications multiples si intéressante. Et, nous ne le cacherons pas, c'est surtout cette considération

particulière d'un si haut intérêt, qui nous a engagé à étudier cette question des coexistences.

Pour en revenir à l'histoire de notre malade, nous avons vu que le chloral, longtemps continué, tout en déterminant chez lui certains troubles physiques, d'ordre gastrique surtout, n'avait pas déterminé de trouble cérébral appréciable. Nous étions parti de là pour établir entre l'empoisonnement chronique par le chloral, et l'alcoolisme et le morphinisme une différence bien tranchée. Mais, est-ce à dire pour cela qu'il n'y ait pas empoisonnement vrai, intoxication chronique véritable? Nous devons aller plus loin même, et si, sous certains côtés, que nous venons de discuter longuement, le chloral doit être séparé de l'alcool, de la morphine, sous certains autres, nous ne craignons pas de le dire, il s'en rapproche beaucoup.

Tout d'abord, nous devons le dire, au même titre que le morphinisme et à un degré beaucoup plus élevé même que l'alcoolisme et l'absinthisme, l'empoisonnement par le chloral doit être considéré comme une véritable passion.

Je m'explique, et c'est là, au point de vue particulier où nous nous sommes surtout placé dans notre travail, c'est au point de vue psychologique un détail très important, l'intoxica-

tion par le chloral, une fois qu'elle s'est emparée du malheureux malade, s'imposera à lui en quelque sorte; et sous ce rapport, bien qu'à un plus faible degré, elle se rapprochera de l'intoxication par la morphine. Il faut bien le dire, s'il y a là un point bien intéressant au point de vue psychologique, la pathogénie en est bien obscure.

Pourquoi le chloralique, parce qu'il a eu recours pendant un certain temps à cet agent calmant, se trouve-t-il forcé, d'en reprendre à un certain moment donné? Je sais bien, qu'on pourrait invoquer ici cette nécessité qu'on a invoquée pour le morphinisme, et dire que le chloral, comme la morphine, pour un organisme qui en a pris l'habitude, *crée un besoin vital*. Cette explication pour nous, n'en est pas une, et n'est autre chose qu'une pétition de principe, quand il s'agit d'éclaircir ce fait psychologique, cette impulsion irrésistible à reprendre du chloral, une fois qu'on y a habitué son organisme pendant un certain temps.

Il ne faut pas vouloir, à toute force, expliquer des faits qui échappent à toute explication; et, l'impulsion irrésistible qui pousse à reprendre de la morphine, qui pousse à prendre du chloral, après un certain temps d'usage, rentre dans

cette catégorie de faits. Avouons notre ignorance et contentons-nous de consigner le fait. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'usage du chloral habitue peu à peu l'organisme à l'emploi de ce stimulant, et qu'au bout de quelque temps, le besoin factice, l'impulsion irrésistible qui pousse à absorber, chaque jour, une dose déterminée de poison, le chloralisme en un mot, est créé, et, avec cette impulsion irrésistible qui accompagne cette intoxication, un certain nombre de symptômes que nous avons passés en revue.

Parmi ceux-ci nous avons, à dessein, omis de parler d'un symptôme important, qui rapproche précisément le chloralisme du morphinisme, et l'éloigne des autres intoxications; nous voulons parler de l'*état d'abstinence*.

Chaque fois que N..., pour des raisons majeures, ne pouvait absorber, à l'heure ordinaire, sa dose habituelle de chloral, il devenait visiblement anxieux, et, à cette anxiété se joignait une douleur physique réelle. Hâtons-nous de dire cependant, que cet état d'*abstinence chloralique*, n'est pas, à beaucoup près, comparable au tableau bruyant de l'*abstinentz-morphine*.

Disons ici, pour terminer ce qui a trait à l'histoire de N..., qu'après des tentatives de traite-

ment à domicile, le chloralisme et le morphinisme n'ont fait que s'aggraver. Il en sera probablement ainsi, jusqu'à ce que sa famille se soit décidée à le faire admettre dans une maison spéciale (maison de santé ou asile), seul lieu de traitement, nous le répétons, du morphinisme.

Nous demandons à ce propos la permission de citer une seconde observation de *chloralisme et de morphinisme* chez une morphinomane de la clinique, I... — Nous verrons que la suppression du chloral, chez elle, fut, en comparaison de la suppression de la morphine qu'elle eut à subir, beaucoup moins pénible, quoique cependant très appréciable.

II. — *Coexistence de chloralisme et de morphinisme. — Malaise et anxiété après la suppression brusque du chloral. — Suppression progressive.* — Cette malade, dont nous avons rappelé ailleurs l'histoire intéressante, entre à la Clinique le 26 mai 1887. — Morphinomane depuis dix ans, elle prend journellement 1 gramme de morphine, et souvent plus. — Nous passons sous silence son histoire clinique, qui d'ailleurs a fait le sujet

d'une communication intéressante de M. le professeur Ball[1] pour arriver aux incidents, relatifs à son entrée à Sainte-Anne et à sa séquestration.

Réclamant elle-même la *suppression brusque*, la privation de morphine produit chez elle, dans ces conditions, des accidents tellement graves que l'on renonce à cette méthode, que nous regardons comme éminemment dangereuse, et l'on commence la *suppression progressive*. Mais comme cette diminution, même méthodique et lentement décroissante, produit des crises douloureuses violentes dues à l'*état de besoin*, on a recours, pour la soulager, et pour suppléer dans une certaine mesure à l'action du poison ordinaire, au *chloral*, bien que cette *méthode de substitution* ne soit nullement érigée en règle, dans le service de la Clinique, mais seulement à titre exceptionnel.

C'est en effet ainsi, que sous prétexte de guérir le morphinisme, on provoque des états d'alcoolisme, de cocaïnisme, etc.

Mais chez I... les souffrances étaient si vives qu'elles légitimaient jusqu'à un certain point notre mode d'intervention.

[1] Académie de médecine. Novembre 1887.

On lui prescrivit une potion journalière de *3 grammes d'hydrate de chloral*, en recommandant toutefois d'en surveiller très scrupuleusement l'emploi et les effets. Ce qui n'eut pas lieu malheureusement. Nos craintes se réalisèrent et nos prévisions se justifièrent, et au delà.

I..., après des souffrances excessives et des péripéties nombreuses relatées ailleurs [1], était enfin arrivée à la suppression totale des injections morphiniques : le 10 juillet, elle prenait son dernier centigramme de morphine.

Mais, et c'est là surtout le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, le jour où l'on voulut supprimer ses 4 grammes de *chloral* (depuis six mois elle absorbait quotidiennement cette dose), elle éprouva un tel état de malaise qu'on eut un moment des inquiétudes sérieuses sur son état.

On s'aperçut alors, mais un peu tard, qu'elle était devenue *chloralique*, par notre faute, il faut bien le dire, et par le fait d'une thérapeutique imprudente, contraire aux règles que nous avions nous-même formulées, et auxquelles nous nous étions toujours astreint jusqu'alors.

Quoi qu'il en soit, la passion pour le chloral,

[1] G. Pichon, *Etudes cliniques sur le morphinisme*, ouvrage cit.

l'habitude d'ingérer quotidiennement une dose donnée de ce stimulant, s'était peu à peu développée en elle, et avait remplacé la morphinomanie, comme l'alcoolisme et le cocaïnisme se substituent ou s'associent à la passion pour la morphine, chez les intoxiqués traités intempestivement par l'alcool ou la cocaïne. — Ceci milite une fois de plus en faveur de l'opinion que nous avons longuement défendue à propos du traitement de cette affection, lorsque nous avons combattu la *méthode substitutive*, comme très dangereuse.

En effet, pour ne pas avoir obéi à ces prescriptions, nous avons vu l'intoxication par le chloral se développer chez la malade en question. I... avait guéri de sa passion pour la morphine, pour tomber dans le chloralisme. C'était, pour se servir d'une comparaison allemande un peu risquée, employée pour désigner cette transformation, tomber de Satan dans Belzébuth[1]. Hâtons-nous de dire pour notre défense, que cette nouvelle passion n'était pas comparable, à beaucoup près, à l'ancienne, au point de vue de la gravité et de la ténacité du mal.

D'abord le chloralisme, dans l'espèce, ne plongeait pas ses racines, comme l'empoisonnement

[1] Erlemeyer. Considérations sur le morphinisme et sur son traitement, in *Encéphale* 1886.

auquel il s'était substitué, très haut dans la vie du malade ; et l'on sait qu'il y a là une circonstance éminemment favorable pour la réussite du traitement. N'ayant ici que quelques jours à peine de date, cette nouvelle passion ne s'était pas encore emparée tout à fait de l'organisme, et il était dès le début facile de prévoir qu'on en triompherait facilement. Aussi nos craintes ne furent pas de longue durée. Et, bien que déjà cependant le moindre retard apporté dans l'ingestion du chloral, la moindre diminution dans les doses se traduisît chez I..., par un certain malaise mêlé d'anxiété, à l'encontre du malade qui fait le sujet de l'observation précédente, elle n'éprouvait que quelques accidents physiques légers, d'ordre gastrique surtout : douleur épigastrique..., etc. Aucun trouble psycho-sensoriel.

En raison de la bénignité des phénomènes observés, il était dès lors facile de prévoir que chez notre malade, encore séquestrée, et par conséquent placée dans des conditions de traitement éminemment favorables, le mal céderait vite.

On commença immédiatement la suppression progressive du nouveau stimulant, du chloral, journellement ingéré.

Disons incidemment, à propos du traitement, qu'il en est du chloralisme, de toutes les intoxi-

cations chroniques et des passions analogues, comme du morphinisme, il est toujours deux modes de traitement employés, la *suppression brusque* et la *suppression progressive*.

Mais comme pour la morphinomanie, celle que nous préconisons franchement, bien que nous n'ayons pas ici, pour le chloralisme, de terme de comparaison, c'est la suppression progressive, que l'on doit *toujours* essayer avant la seconde. Agir autrement serait s'exposer, comme dans l'intoxication morphinique, aux plus grands dangers, et commettre une grave faute clinique, c'est du moins notre avis.

On commença donc par supprimer chez L.. 50 centigrammes par jour d'hydrate de chloral, laissant même la malade à cette dose pendant plusieurs jours.

Et au bout d'un mois notre malade était complètement guérie de cette seconde intoxication, qui, en ville et, en dehors du milieu spécial où elle se trouvait alors, eût pu avoir les plus graves conséquences, et aboutir à un état d'intoxication quasi incurable, comme chez notre malade précédent.

Ce que nous voulons surtout faire remarquer ici c'est que le chloral comme la morphine, bien qu'à un moindre degré, provoque, par une inges-

tion trop longtemps continuée, un véritable *état de besoin*, qui fait, qu'un retard dans l'absorption, ou une diminution dans la dose, entraîne immédiatement un état de malaise caractéristique.

Ce que nous voulons faire remarquer également, c'est que le chloralisme comme le morphinisme, nous tenons cet aveu de la bouche de nos malades, produit au début un état d'*euphorie*. Au bout de quelques jours cet état d'euphorie, de *puissance chloralique,* disparaît, et l'on a recours de nouveau au chloral, tout simplement parce que la privation vous fait souffrir.

C'est encore là un point qu'il importait de faire ressortir, surtout dans une étude comparative du chloralisme et de la morphinomanie

Les faits de cet ordre sont très instructifs, et on ne saurait trop insister sur les aveux de malades, qui sont à même d'apprécier les résultats de la suppression des injections de chloral et de la suppression des injections morphiniques, puisqu'ils ont eu à subir les deux, et qu'ils sont, dès lors, parfaitement à même de les comparer.

Nous devons donc voir dans cette souffrance si vive, inséparable de la privation du stimulant habituel chez les individus usant depuis longtemps des injections de morphine, un caractère appartenant en propre au morphinisme, et qu'on

ne retrouve plus dans les autres intoxications analogues.

L'histoire de notre malade permet d'établir un certain rapprochement entre l'état d'*abstinence chloralique* et l'état si net de l'*abstinence morphinique* (abstinentz-morphine des Allemands) au point de vue des souffrances physiques qu'elle provoque.

Elle permet, en outre, d'opposer, dans cet ordre d'idées, le morphinisme et le chloralisme d'une part aux autres intoxications chroniques, dans lesquelles on ne retrouve plus ce signe de diagnostic différentiel si important, l'état d'abstinence. Si on les compare, en effet, aux délires, aux états toxiques les plus habituels des malades de nos asiles, on voit que les accidents d'*abstinence* font absolument défaut. Jamais, par exemple, parmi les nombreux alcooliques que nous avons vu à la Clinique, quelle que soit la forme présentée par eux, jamais nous n'avons vu un seul malade accuser, lorsque l'internement venait mettre un terme brusque à leurs libations journalières, la plus petite souffrance.

Le *delirium tremens (a potu suspenso)* est évidemment une des manifestations de la cessation brusque d'habitudes alcooliques invétérées, mais il n'a rien de comparable, au point de vue des

souffrances, du moins, bien qu'on ait fait ce rapprochement, avec l'*abstinentz-morphine ;* et ce fait est si vrai, que dans ce cas on ne voit aucun de ces accidents si caractéristiques, diarrhée, vomissement, abaissement de la température et diminution des pulsations, qui accompagnent fatalement la suppression de la morphine, et qui annoncent aux yeux les moins clairvoyants que l'organisme est alors profondément touché. Et puis enfin on voit que dans le morphinisme la mort peut suivre quelquefois le retrait de l'agent d'intoxication ordinaire. Il en est de même de l'intoxication par l'absinthe. A-t-on jamais vu dans l'absinthisme la privation du stimulant entraîner à sa suite les souffrances dont il s'agit en ce moment? Je sais bien que le buveur d'absinthe, habitué à absorber depuis de longues années une dose journalière de poison, éprouvera les plus grandes difficultés à se corriger de ses habitudes ; et si, par les effets d'une contrainte quelconque, l'internement par exemple, il se trouve subitement privé de sa boisson favorite, je sais bien qu'il éprouvera un réel malaise. Nous avons eu souvent à ce sujet les confessions de buveurs d'absinthe que leur séquestration à la Clinique mettait quelquefois dans un certain état anxieux assez caractéristique ; et on est même

obligé en pareil cas d'avoir recours à des stimulants factices, boissons et tisanes fortement amères, hydrothérapie, etc. Mais jamais il ne viendra à l'idée du médecin, qui a assisté à *cet état de disette* des absinthiques, assez peu bruyant, et à l'épouvantable tableau du morphinomane *en privation*, de comparer ces deux états, et même d'établir entre eux le moindre rapprochement.

Il y a donc, je le répète, dans le tableau des souffrances du morphinomane un cachet *sui generis*, qui fera toujours de l'intoxication par la morphine un état bien spécial, qui ne peut être comparé, sous ce rapport, à aucune autre intoxication artificielle. Je dois dire, cependant, mais notre expérience personnelle ne nous permet pas d'apprécier et de juger la vérité du fait, ni d'appuyer, ni d'infirmer la vérité de cette assertion, que l'on a signalé quelques autres intoxications chroniques comme se rapprochant du morphinisme, à ce point de vue, à un degré plus faible il est vrai.

Je ne fais allusion en ce moment, bien entendu, ni aux fumeurs d'opium, ni aux thériaquis, aux mangeurs d'opium : il est évident que pour le point particulier qui nous occupe, tous ces intoxiqués divers ne sont, après tout, que

des variétés d'une même famille, et tous, soumis à l'abstinentz-morphine dont il s'agit. Je veux parler en ce moment de ces nouvelles intoxications qui vont en se multipliant tous les jours et dont j'ai parlé plus haut : bromisme, cocaïnisme, théisme, vanilisme, chloralisme. Quelques auteurs prétendent que la suppression de l'agent stimulant, dans toutes ces intoxications bizarres, ne peut se faire sans provoquer quelques souffrances.

Nous ne sommes pas à même de contrôler une pareille assertion, les faits nous manquent. Mais pour ce qui est du chloralisme, nous serions très disposé à admettre quelque chose d'analogue, sans que, bien entendu, nous songions le moins du monde à assimiler ces deux états.

L'observation suivante d'une malade, que nous avons pu suivre assez longtemps, démontre que la privation du stimulant provoque, chez l'individu adonné au chloralisme, un état particulier. Cette observation est intéressante également, en ce que, comme précédemment, elle montre de plus l'alliance de deux intoxications, *du morphinisme et du chloralisme*, évoluant en même temps et alternant chez le même individu.

3. — Coexistence du morphinisme et du chloralisme chez un ataxique. — Syncope grave survenue à la suite de la suppression brusque du chloral quotidiennement ingéré. — Mort. — Mme L..., âgée de cinquante-trois ans, entre à la Clinique, venant de Laënnec. Ataxique depuis dix-sept ans, elle prend depuis sept ans des injections de morphine. Elle est arrivée, au moment où elle entre dans nos salles, à absorber la dose énorme de 1 gramme de morphine. Cette morphinomanie a donc ici une origine *thérapeutique* des plus nettes. Hâtons-nous, à ce propos, incidemment, de faire remarquer que dans les cas de ce genre, comme nous le rappellerons du reste dans nos conclusions, les injections de morphine sont absolument légitimées; je dirai même plus, *dans l'ataxie locomotrice et dans les affections douloureuses incurables*, le morphinisme, loin d'être redouté, dans l'administration de la morphine, qui partout ailleurs doit être rigoureusement surveillée, doit être *recherché*. Nous ne craignons pas de le dire, tout ce que l'on peut faire de mieux dans des affections incurables aussi cruellement douloureuses que le tabès, c'est de chercher à rendre le sujet morphinomane; et, en créant ainsi une passion artificielle

qui peut couvrir la maladie primitive dans une certaine mesure, on accomplit presque un devoir, loin de commettre une erreur clinique.

Ceci dit, ajoutons que, en dehors de ses injections de morphine, qu'elle n'avait pas abandonnées pour cela, Mme L... avait eu en outre recours depuis de longs mois à l'ingestion de chloral, à dose quotidienne énorme. Elle prenait depuis 5 ans, 10 grammes de chloral par jour environ, tantôt plus, tantôt moins; mais jamais, à son entrée à la Clinique, elle n'était restée un seul jour sans prendre une dose élevée de chloral.

Les conséquences d'un pareil *modus vivendi* n'avaient pas tardé à se manifester. En dehors d'un état mental spécial sur lequel nous n'avons pas à insister ici, elle présenta un état psychosensoriel très net. Disons incidemment que jamais aucune morphinique ne présenta aussi nettement que Mme L... des *hallucinations*, assez rares on le sait, dans cette intoxication. Mais ici le doute n'est pas permis un seul instant, ces hallucinations se montrèrent dans l'état d'intoxication, sans s'être jamais montrées auparavant. Elles consistaient surtout en hallucinations de la vue et du goût, à caractères tristes, comme cela a lieu du reste, dans l'immense majorité des cas; mais ce qu'elles présentaient chez notre malade

d'exceptionnel, c'est qu'elles se montraient aussi bien le jour que la nuit ; or, on sait que les hallucinations toxiques en général sont presque toujours nocturnes Mme L... voyait constamment devant elle, autour de son lit, entrer et sortir dans la salle où elle couchait, les cadavres de ses parents. Ces apparitions la jetaient dans un état de tristesse perpétuelle. D'autre part elle se plaignait d'être empoisonnée, prétendant que ses aliments avaient un goût particulier et qu'on y jetait des substances nuisibles. Elle refusait alors toute nourriture, et nous dûmes même pour l'alimenter employer la sonde œsophagienne à plusieurs reprises pour empêcher la mort par inanition. On le voit, les troubles psycho-sensoriels s'accompagnaient ici de véritables conceptions délirantes, idées d'empoisonnement, de persécution, et c'est là un fait assez rare aujourd'hui dans le morphinisme ainsi que dans le chloralisme pour que nous le notions ici.

Ce qu'il importe aussi de faire remarquer, c'est que tout cet appareil symptomatique était certainement dû à un état toxique : leur époque d'apparition et ce que nous savons des effets de l'empoisonnement chronique par le chloral, ne nous permet pas d'attribuer exclusivement ces troubles psychiques, cet état délirant à l'un ou à

l'autre de ces états. Mais par contre, ce que nous devons mettre sur le compte de cette dernière intoxication, c'est un état permanent de dyspepsie, tel, que depuis fort longtemps notre chloralique ne vivait que de lait. Ce qu'il y a également de très vraisemblable, c'est que les faits que nous allons maintenant rapporter sont imputables, et c'est ce qui leur fait intérêt, uniquement à ce dernier état, au chloralisme.

Lors de son passage de l'hôpital Laënnec à la Clinique des Maladies mentales, d'après les renseignements fournis à son entrée, concernant ses antécédents pathologiques, et l'état de morphinisme avancé dans lequel elle se trouvait, on se garda bien d'oublier l'injection journalière d'une quantité fixe de morphine. Mais l'idée ne vint pas, au milieu de cette énumération, de prévenir qu'elle absorbait en même temps une dose quotidienne énorme d'hydrate de chloral ; ou plutôt l'esprit ne fut pas attiré vers un danger possible, beaucoup moins connu que le premier, que celui qu'il y a à supprimer brusquement, à une morphinomane, sa morphine, c'est-à-dire, son calmant son stimulant habituel.

Toujours est-il que ni le jour de son arrivée dans le service, ni le lendemain elle n'eut la plus petite dose du chloral qu'elle était habitué à

prendre tous les jours, et en grande quantité. Comme elle était dans un état de faiblesse extrême qui l'empêchait de parler et de rien demander, le résultat de cette suppression brusque et bien involontaire ne tarda pas à se manifester, et le surlendemain de son entrée, nous fûmes appelé auprès d'elle pour une syncope des plus alarmantes, à laquelle nous ne pûmes d'abord trouver de cause. Les battements cardiaques peu perceptibles, et la température tombée à 36° puis à 35°, dénotaient un état extrêmement grave, et un pronostic rendu encore plus sérieux par le *faciès* de la malade : yeux fixes, abolition des réflexes pupillaires et cornéens. Enfin, fort heureusement on eut à ce moment même la clef du phénomène, une dose convenable de chloral administrée à temps ramena tout dans l'ordre en quelques jours [1].

Tel est le fait dans sa simplicité que nous voulions ajouter ici aux deux observations précédentes, et qui nous permet de poser les conclusions

[1] Notre malade profondément cachectique est morte deux mois après cet accident. Mais hâtons-nous de dire que le morphinisme, pas plus que le chloralisme, ne causèrent sa perte. Madame L. succomba aux suites de l'affection tabétique dont elle souffrait depuis *plus de vingt ans*. Et ici, il ne faut certes pas incriminer la morphine et le chloral, qui au contraire, permirent à cette malheureuse de supporter les douleurs intolérables de l'ataxie.

suivantes, touchant les rapports du chloralisme et du morphinisme.

§ IV

CONCLUSIONS

1° — Les ingestions quotidiennes de chloral, quand elles sont trop prolongées développent, comme les abus de la morphine la *passion chloralique*, le *chloralisme*, affection rare du reste et qui présente certaines analogies avec la morphinomanie, mais s'en éloigne par certains autres côtés ;

2° Le chloralisme s'accompagne en effet : *a*. D'une tendance quasi irrésistible de la part de l'intoxiqué à absorber, *à doses quotidiennes progressivement croissantes*, le stimulant ordinaire ;

b. D'un *véritable état de besoin* (besoin *vital* ou *psycho-somatique*) provoqué, comme dans l'état de *privation morphinique*, par *l'abstinence chloralique*. Mais l'état de besoin chloralique ne s'accompagne pas, à beaucoup près, des phénomènes graves de la suppression morphinique ;

3° Les symptômes physiques du chloralisme, assez obscures encore, paraissent consister surtout en troubles gastro-intestinaux. Notre statistique, du reste, se compose de trop peu de cas,

pour nous permettre de donner des conclusions très affirmatives à ce sujet.

4° Cependant, pour ce qui est des troubles mentaux de cet état toxique, il nous est permis de supposer, en nous appuyant sur nos observations, que les *accidents psycho-sensoriels* sont rares, et que les phénomènes observés consistent plutôt, dans l'intoxication chloralique, en *affaiblissement mental*, comme du reste dans l'intoxication morphinique ;

5° Le mode de *traitement* consisterait ici, dans la *suppression progressive du poison*. Comme dans toutes les passions analogues, les états toxiques de cette catégorie, on doit proscrire la *suppression brusque*, si l'on veut éviter des accidents quelquefois très graves, et n'y avoir recours qu'à la dernière extrémité.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Conclusions générales découlant de l'étude des délires et des états toxiques, considérés dans leurs rapports réciproques, considérés chez un même malade. — La question de terrain prime tout dans l'étude des délires toxiques. — Exactitude de la loi de Lasègue. — A la base de toutes les intoxications, il existe un état mental spécial, et souvent un état de déséquilibration. — Ce qu'il faut tout d'abord et surtout considérer, dans toute intoxication, dans tout délire, dans tout état toxique, c'est *l'intoxiqué lui-même.*

Nous venons de passer en revue la coexistence, chez le même individu, des intoxications et des délires toxiques, les plus variés. Nous avons étudié les états toxiques que l'on rencontre le plus ordinairement dans les milieux spéciaux.

Il est évident que dans cet ordre d'idées on pourrait multiplier les chapitres. Nous pourrions, dans ce sens, citer des exemples d'individus, à la fois alcooliques et éthéromanes, d'aliénés dipsomanes et éthéromanes, de malades intoxiqués à la fois par la morphine et la cocaïne, etc.

Dans le même ordre d'idées nous pourrions étudier la coexistence du chloralisme et du morphinisme. Ces dénominations, ces exemples pourraient être multipliés à l'infini. Mais ces observations nous feraient dépasser ici sensiblement le cadre que nous nous sommes imposé, d'autant qu'à la base de toutes les intoxications on retrouve les mêmes causes générales, ce qui entraînerait aux mêmes considérations.

C'est qu'en effet, *à la base de toutes les intoxications morbides, quelque bizarres qu'elles soient, on retrouve souvent le même état mental prédisposant, c'est l'état mental des héréditaires dégénérés.*

En dehors de toutes les considérations particulières que nous avons passées en revue et qui expliquent la coexistence des différentes intoxications, il y a une question de terrain qui prime tout.

Il faut, voulons-nous dire, pour expliquer cette coexistence, invoquer encore ici *cet état mental si spécial des héréditaires*, des dégénérés de toutes classes, si bien mis en relief par

Morel, MM. Falret, Legrand du Saulle, Magnan[1].

C'est cet état mental si particulier aux individus de cette classe, qui consiste surtout dans une appétence, dans une soif de l'inconnu, de sensations non encore perçues. Cette soif de l'inconnu se retrouve évidemment chez les individus les mieux pondérés, et c'est même la base de toutes nos connaissances scientifiques. Mais, chez l'héréditaire dégénéré, cette recherche est poussée à l'extrême, et confine au délire.

C'est cet état mental qui pousse ces malades à chercher toujours quelques sensations non encore ressenties, et à les éprouver toutes.

C'est cet appétit insatiable, acquis par l'hérédité, qui portera le dégénéré, le non-équilibré, à abuser de la morphine, après avoir abusé de l'alcool.

Il y a dans tous les actes des dégénérés, qu'on les désigne sous le nom de *cérébraux*, d'*originaux*, de *dégénérés supérieurs*, etc., un fond de déséquilibration, qui les rendra incapables de résister aux conseils de leur imagination.

Ce qui chez un individu pondéré sera un désir

[1] Op. cit

immédiatement réprimé, sera chez des *anormaux* un appétit quasi irrésistible.

Et c'est en vertu de cet appétit quasi irrésistible que le dégénéré sera porté non seulement à boire et à se morphiniser, mais aussi à s'éthériser[1], il sera alors éthéromane.

C'est en vertu de cette appétence congénitale, que son état mental bien spécial poussera l'héréditaire, tantôt à l'ingestion du haschich[2], tantôt aux inhalations de chloroforme[3]. L'alcool et la morphine seront ainsi vite dépassés.

On assiste déjà depuis cinq mois à l'explosion d'une maladie, d'une passion nouvelle, la *cocaïnomanie* dont nous avons parlé dans un autre travail.

Le *cocaïnisme* ajoute, en effet, un chapitre intéressant à l'histoire de la coexistence de plusieurs intoxications d'origine différente chez le même individu; car d'après la remarque de M. Erlenmeyer, qui a, le premier, décrit cette nouvelle passion, le cocaïnisme serait toujours lié au morphinisme, à un tel point que cet auteur

[1] Regnard. *Deux poisons à la mode, la morphine et l'éther. Revue scientifique* 1885, 545, 556, et Beluze, *de l'Ethéromanie.* Thèse de Paris, 1885.

[2] Moreau de Tours. *Physiologie morbide.*

[3] Paul Bert, *Intoxication chronique par le chloroforme.* Société de Biologie, 1885 (571-574).

ne décrit pas une nouvelle maladie isolée, mais bien une maladie qu'il appelle morphino-cocaïnomanie. En effet, ces deux affections, qui sont la conséquence l'une de l'autre, coexistent toujours chez le même individu. M. Erlenmeyer nous a communiqué obligeamment à ce sujet plusieurs observations inédites intéressantes dont nous avons parlé ailleurs [1], et nous ne reviendrons pas ici sur cette question. Le médecin de Bendorf a, du reste, publié un article intéressant [2] sur cette nouvelle passion, qui serait plus terrible encore que la morphinomanie.

Dans cet ordre d'idée, il y a une nouvelle passion, que l'on trouve souvent encore surajoutée à l'éthylisme, et qui règne en maîtresse en Amérique, mais qui n'a pas encore pénétré chez nous, c'est le *théisme*, que la statistique hospitalière de Boston donne comme très répandu : elle donne, en effet, un chiffre de 158 théiques. Dans le théisme, comme dans toutes les intoxications morbides, il y a d'abord la recherche de sensations inconnues et agréables, puis l'accoutumance, l'élévation croissante des doses, la dépression physique et psychique, enfin le terme

[1] Erlenmeyer. *Cocainsucht. Deutsch méd. Zeitung*, 1886, n° 46.

[2] Elles ont été publiées tout récemment dans le Journal de M. le professeur Ball.

fatal, la cachexie théique; car il y a la cachexie théique, comme il y a la cachexie morphinique, alcoolique, absinthique, cocaïnique, etc.[1]. Cette maladie a été signalée pour la première fois en Amérique en 1879 par Morton.

Dans les différents pays, ces intoxications maladives revêteront ainsi différentes formes, parfois des plus surprenantes ; mais partout, dans tous les pays du monde, les intoxiqués, les adeptes de ces passions bizarres se recruteront surtout parmi les déséquilibrés.

On aura dans cet ordre d'idée les *thériaques*, les *mangeurs d'opium* de Turquie, les *fumeurs d'opium* de Chine ; l'Amérique aura les *théistes*, le vanillisme, l'Allemagne le *cocaïnisme*, l'Europe le *morphinisme*, l'Algérie l'*absinthisme*, les Orientaux le *haschichisme*. L'alcoolisme enfin étendra ses rameaux sur tout l'univers. Et je ne parle que des intoxications, que des passions les plus répandues !

Et ce qui prouve bien que toutes ces passions, qui se multiplieront encore tant qu'il y aura des dégénérés, ou mieux des déséquilibrés, ce qui prouve bien que tous ces appétits véritablement

[1] Ch. Eloy. La maladie des buveurs de thé. *Union médicale*. 1886, n° 76.

morbides ne sont que les effets d'une même cause, ne sont que les rameaux d'un même arbre, c'est qu'ils se succèdent, alternent quelquefois, coexistent souvent chez le même individu. Un morphinique sera alors, en même temps, alcoolique. Sur son terrain mental prédisposé de par l'hérédité pourront se succéder, alterner et coexister, chez le dégénéré, toute une série d'intoxications.

Un malade, que nous avons eu occasion de voir à deux reprises à l'Infirmerie du Dépôt, et dont l'observation a été publiée plusieurs fois, entre autres par M. Magnan[1] dans ses leçons sur la dipsomanie, et que nous avons nous-même relatée plus haut avec beaucoup de détails, nous prouve la parenté, les liens étroits qui relient les états toxiques aux autres effets de la dégénérescence héréditaire et de la déséquilibration mentale : perversions sexuelles, etc.

R... était arrêté tantôt à la suite de ses abus d'alcool, tantôt à la suite de ses abus d'éther. R..., dont nous avons recueilli l'histoire avec beaucoup de soin, et que l'on connaissait dans le monde des commissaires de police sous le nom de *l'homme à l'éther*, présentait un exemple frappant

[1] Magnan. Leçons sur la dipsomanie, in *Progrès médical* 1884.

de cette coexistence de plusieurs intoxications chez un héréditaire dégénéré. Il était dipsomane, éthéromane, et de plus, nous avouait qu'il était à la recherche d'agents *plus délicieux encore*.

Cet héréditaire dégénéré que Lasègue avait eu occasion de voir plusieurs fois, a été l'objet d'étude de la part de MM. Legrand du Saulle, Magnan, Regnard. Au dernier moment, nous lisons une dernière fois son histoire dans les *Annales médico-psychologiques*[1], qui nous apprend que R... vient de mourir à la suite d'accès épileptiformes, après seize ans d'intoxication par l'alcool et l'éther. Nous n'insisterons donc pas sur son histoire : nous nous contentons de renvoyer aux auteurs précités.

Or, l'histoire de R... prouve, justifie bien ici le rapprochement que nous faisions entre les intoxications et la dégénérescence mentale. Elle fait bien ressortir la parenté, les liens étroits qui existent entre tous les états toxiques, entre toutes les passions bizarres que nous avons étudiées, et le terrain même où elles se développent. Et celui-ci, dans la grande majorité des cas, est un terrain de déséquilibration.

[1] Septembre 1886. Christian.

R... en effet, outre certains signes de dégénérescence physique dont nous avons parlé, présentait à un haut degré les *stigmates psychiques* de l'état en question.

Nous ne citerons ici que des aberrations et des perversions génésiques, qu'il nous a été permis d'observer chez lui, ainsi que des accès de dipsomanie.

Dans cet ordre d'idées, il y aurait donc, je crois, tout un chapitre intéressant à ajouter à l'excellente thèse de notre ami et collègue Dericq[1].

On trouve dans les auteurs d'autres exemples mettant bien en relief chez un seul et même individu, déséquilibré du reste, la coexistence de plusieurs intoxications d'origine différente, et les causes de cette coexistence. C'est ainsi que nous avons trouvé, signalé par Whipham, le fait bien intéressant d'un malade adonné à la fois au morphinisme, au bromisme, au chloralisme, et adonné par surcroît à l'usage du haschich et de l'alcool[2]. Il nous serait facile d'en citer d'autres exemples. Nous nous résumons.

Cette origine unique, cette communauté d'origine, cette parenté étroite entre les intoxications

[1] Dericq. *Coexistence de plusieurs délires et de plusieurs intoxications chez le même individu.* Thèse citée, 1886.

[2] Whipham. *Clin. soc. transact* VIII. p. 108, 1875.

et les états de dégénérescence héréditaire, conduit naturellement à admettre l'hypothèse d'une grande synthèse, réunissant tous ces appétits, tous les faits du même ordre. — Nous n'avons pas à discuter ici s'il y a dans cette grande synthèse des dégénérés due à M. Magnan autre chose qu'une ingénieuse hypothèse expliquant et réunissant un certain nombre de faits cliniques, étudiés séparément jusqu'ici.

Ce qu'il nous est permis de dire, c'est que ce groupement d'éléments si disparates repose sur une méthode sûre : l'observation clinique, et qu'il a pour base, dans la grande majorité des cas, une étiquette commune : l'*hérédité*.

Un certain nombre de caractères communs bien mis en relief[1] nous semblent également appuyer et justifier cette grande synthèse. De plus, bien que le cadre proposé soit excessivement vaste, cette manière de voir, de comprendre ces états héréditaires de dégénérescence mentale, a l'immense avantage, au point de vue clinique, de rassembler et de réunir nombre de faits étudiés jusqu'alors séparément, et c'est déjà un grand point, si ces vues nouvelles appor-

[1] Ces caractères ont été décrits et réunis dernièrement par M. Magnan et ses élèves sous le nom de *Syndrômes épisodiques*, d'épisodes, survenant dans la vie des dégénérés, et dont nous avons esquissé plus haut les principaux traits.

tent de la clarté dans l'étude des maladies mentales.

Notre inexpérience ne nous permet pas d'insister davantage sur une question si difficile, et encore à l'heure actuelle si vivement débattue. Vouloir nous prononcer plus catégoriquement, serait de la témérité de notre part [1].

Mais ce qu'il nous importe surtout de savoir pour notre étude, pour le point particulier que nous discutons, c'est que l'état mental des dégénérés, tel que l'ont décrit Morel d'abord, M. Magnan ensuite, est bien spécial, et qu'il doit avoir sa place marquée dans les cadres nosologiques. Et dans l'espèce, dans le sujet qui nous occupe, ce qu'il nous importe par-dessus tout de savoir, c'est que *cet état mental si spécial se trouve souvent à la base de toutes les intoxications morbides.*

Dans la question des intoxications des délires,

[1] Voir d'ailleurs sur cette question les travaux récents :
Magnan. Leçons inédites. Communications de la Soc. Méd-psychol. *Ann. méd. psych.*, 1881-1886, et les travaux de ses élèves :
Saury. *Etude clinique sur la folie héréditaire ;*
Legrain. *Du délire chez le dégénéré ;*
Dejerine. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1887. Thèse d'agrégation. Voir aussi les traités de Lucas, de Moreau de Tours et surtout les travaux déjà cités de Morel.

et des états toxiques chez le même individu, il faudra donc, avant tout, se souvenir du fait clinique, que Lasègue a si bien mis en lumière. *Quand on a affaire à un intoxiqué, la question de terrain prime tout.* Il faudra, avant tout, se convaincre de ce fait que l'appétit pour les divers agents d'intoxication est souvent associé à d'autres signes de dégénérescence tant physiques qu'intellectuels, à d'autres symptômes de déséquilibration.

Cette proposition, que Lasègue a formulée sous cette forme hardie et si vraie : « Ne devient pas alcoolique qui veut », peut être généralisée et étendue à tous les agents d'intoxications connus, *sans exception.*

Le résultat d'un examen attentif, fait dans ce sens, donnera en effet souvent raison à l'observateur.

Et, chez les individus placés sous le coup de ces différentes passions, de tous ces appétits maladifs que nous avons passés en revue, on trouvera souvent, avec une tare héréditaire, des signes de déséquilibration mentale non douteux. Ce qui montre la vérité de la proposition émise plus haut et empruntée à Lasègue.

« Ne s'intoxique pas qui veut, » dirons-nous

donc à notre tour en paraphrasant son axiome clinique, et en nous appuyant, pour terminer, sur cette grande autorité, que nous avons si souvent invoquée, au début, et pendant tout le cours de notre travail.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DES DÉLIRES PROPREMENT DITS

ET

Etude sur les coexistences de plusieurs délires d'origine différente chez le même individu.

Préface de M. le Dr Gilson. VII
Introduction. XIII

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS CRITIQUES

Préliminaires. Historique et considérations critiques . . 1

CHAPITRE II

ÉTUDES CLINIQUES

I. Préliminaires. Etudes cliniques sur les délires multiples. 40
II. De la *paralysie générale* et du *délire des grandeurs* paralytique dans leurs rapports avec la question des délires multiples. — Observations. — Conclusions. . 58

III. Du *délire des persécutions*. 75
§ 1. Du *délire des persécutions* et de sa coexistence avec le *délire alcoolique*. — Importance pratique, pronostique et médico-légale de cette étude. — Observations. — Conclusions. 75
§ 2. Association, chez un même malade, de la *maladie de Lasègue* (délire des persécutions) et de la *dégénérescence mentale héréditaire*. 94
§ 3. Coexistence du délire des persécutions et du délire épileptique. Observations. 97

CHAPITRE III

De l'*épilepsie*, du *délire épileptique*, et de leurs rapports avec la *question des coexistences*. 98
I. Coexistence de l'état de dégénérescence mentale héréditaire et du délire épileptique. 98
II. Evolution simultanée de l'alcoolisme et de l'épilepsie, du délire épileptique et du délire alcoolique (association chez un même sujet). — Observations. — Conclusions 101
III. Coexistence du délire des persécutions ou Maladies de Lasègue et de l'épilepsie. 118

CHAPITRE IV

DÉLIRES MULTIPLES COMPLEXES

Triples délires multiples. — Coexistence de trois délires d'origine et de nature différentes chez le même individu. — Coexistence ou alternance chez un héréditaire dégénéré, de trois délires étrangers les uns aux autres (*délire des persécutions*, *délire alcoolique* et *délire épileptique*) avec accidents, d'ordre *émotif* et *impulsif*, se rattachant au terrain de dégénérescence

du malade, c'est-à-dire à un quatrième état psychopathique. — Observations. 121

CHAPITRE V

Conclusions générales 154

DEUXIÈME PARTIE

« ... Ne devient pas alcoolique qui veut... »
Lasègue. — *Alcoolisme subaigu.*

DES DÉLIRES ET DES ÉTATS TOXIQUES CONSIDÉRÉS SURTOUT DANS LEURS RAPPORTS RÉCIPROQUES

Délires alcoolique et toxiques : morphinomanie. — Absinthisme. — Ethéromanie. — Chloralisme. — Bromisme. — Etc.

CHAPITRE I

Considérations générales sur les intoxications et les délires toxiques 165

CHAPITRE II

De l'alcoolisme et de ses rapports avec la question des délires toxiques multiples. *Sa coexistence chez un seul malade* avec d'autres intoxications. 173

I. Coexistence et alternance de l'alcoolisme et de l'absinthisme 176
§ 1. Rapidité d'explosion et d'évolution des accidents dans l'absinthisme 180
§ 2. Accidents convulsifs provoqués par l'absinthisme. — Phènomènes épileptiformes. — De *l'épilepsie absinthique*. — Rapprochement avec *l'épilepsie alcoolique* . 182
§ 3. Troubles sensitivo-sensoriels dus à l'abus de l'absinthe. — Etat des réflexes. 185
§ 4. Troubles de la sensibilité générale. — Hypéresthésies et anesthésies. — Observations 186
§ 5. Conclusions. 213

II. Coexistence de l'*alcoolisme* et du *morphinisme*. . . 216
§ 1. Considérations générales 216
§ 2. Morphinomanie. — Etat de *puissance morphinique et d'abtinence morphinique*. — Considérations cliniques, pratiques déontologiques et médico-légales. — Observations 220
§ 3. Conclusions 248

CHAPITRE III

De quelques autres intoxications moins fréquentes dans leurs rapports avec la question des délires toxiques multiples. 250

I. Ethéromanie et morphinomanie. — Leur *association* chez le même individu. — Considérations cliniques, médico-légales, déontologiques, etc. — Observations. 250

II. Ethéromanie et alcoolisme coexistant et alternant chez le même individu. — Observations. 282
Conclusions 294

III. Chloralisme et morphinisme. — Leur association chez le même individu. — Importance pratique et clinique de cette étude. — Observations 296

IV. Conclusions. 347

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Conclusions générales découlant de l'étude des délires et des états toxiques considérés dans leurs rapports réciproques, considérés chez un même malade. — La question de terrain prime tout dans l'étude des délires toxiques.— Exactitude de la loi de Lasègue.— A la base de toutes les intoxications, il existe un état mental spécial, et souvent un état de déséquilibration. — Ce qu'il faut, tout d'abord et surtout considérer dans toute intoxication, dans tout délire, tout état toxique, *c'est l'intoxiqué lui-même*. 349

Table des matières. 363

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

428p